

SOMMAIRE DU N^o 5

- I. — **TRAVAUX ORIGINAUX.** — *Lèpre et aliénation*, par PAUL KOVALEVSKY.. 158
- II. — **ANALYSES.** — **Anatomie et Physiologie.** — 320) FLECHSIG. Myélinisation dans les hémisphères cérébraux de l'homme. — 321) MOCZUTKOWSKY. La sensibilité douloureuse de la peau : algésimétrie. — 322) BECHTEREW. Le trichocesthésiomètre électrique et la soi-disant sensibilité des poils du corps. — 323) EGGER. Influence de la douleur sur l'activité des mouvements du cœur. — 324) E. WERTHEIMER. Influence du cordon cervical du sympathique sur la fréquence des battements du cœur. — 325) L. KERSCHNER. Théorie des sensations d'innervation. — 326) SOURY. Les fonctions du cerveau et les échanges organiques. — 327) L. DUGAS. Dépersonnalisation et fausse mémoire. — 328) SCHAFER. Technique histologique pour les lésions de dégénérescence des cordons tout à fait à leur début. — **Anatomie pathologique.** — 329) N. SOLOVITZOFF. Des difformités congénitales du système nerveux central. — 330) GIDON. Anomalies nerveuses. — 331) PROBST. Lésions progressives des voies motrices. — 332) BRUNS. Sur un cas de carcinome métastatique de la face interne de la dure-mère cervicale et des racines inférieures du plexus branchial gauche avec des remarques sur la symptomatologie et le diagnostic du cancer vertébral. — 333) MGELI. Atrophies du chiasma et des nerfs optiques. — 334) HAUSHALTER. Thrombose des sinus de la dure-mère chez une fillette de 20 mois. — 335) PATEL. Un cas de thrombose totale des sinus. — 336) P. DESCAZALS. Des thrombo-phlébites des sinus de la dure-mère. — **Neuropathologie.** — 337) E. GANAULT. Étude de quelques réflexes dans l'hémipégie de cause organique. — 338) A. JACQUEAU. La paralysie brusque du muscle ciliaire d'origine asthénopique. — 339) MAHOF et BARTHÉLÉMY. Un cas de diplégie cérébrale à forme spasmodique. — 340) LOUIS DAR. De la paralysie de la divergence. — 341) S. ORLOWSKI. Syringomyélie et sarcomatose de la moelle. — 342) ROSENTHAL. De la douleur dans la syringomyélie, sa valeur comme symptôme initial. — 343) PINATELLE. Deux observations d'athétose. Athétose à forme paraplégique congénitale. Hémithétose de l'enfance. — 344) FERRIN. Symptômes précoces du mal de Pott chez le nourrisson. — 345) J. GIACOMETTI. Valeur séméiologique de l'exagération des réflexes dans le mal de Pott. — 346) A. SOUQUES et PIERRE DUVAL. Paralysie associée du muscle grand dentelé (grand dentelé et trapèze scapulaire). — 347) A. PITRES et G. CARRIÈRE. Névrites périphériques dans leurs rapports avec le rhumatisme chronique déformant. — 348. LUSTGASTEN. Les manifestations nerveuses de la blennorrhagie. — 349) A. ASTIE. Étude de la névrite amyotrophique des tuberculeux. — 350) NATTAN LARRIER et JEAN M. ROUX. Névrite au cours de l'ictère infectieux. 351) J. SABRAZÈS et C. CABANNE. Hémihypertrophie faciale. — 352) COMBEMALE et SONNEVILLE. Pathogénie de l'ostéo-arthropathie. Hypertrophie pneumique. — 353) E. FEINDEL et P. FROUSSARD. Un cas de spondylose rhizomélitique. — 354) A. WEIL et J. NISSIM. De la myosite ossifiante progressive. — 355) SPILLMANN. Myosite gommeuse avec paralysie des extenseurs du bras droit. — 356) OLLIER. Radiographie d'ossifications du brachial antérieur. — 357) G. DUPAU. Du zona et en particulier du zona facial dans la paralysie générale. — 358) INGELBANS. Coïncidence du tabes de la maladie de Basedow et du mal comitial. — 359) BOURGRAFF. Étude clinique et pathogénique du syndrome de Basedow. — 360) GAYET. Exophtalmie intermittente. — 361) LE DANTEC. La maladie du sommeil (deux observations). — **Psychiatrie.** — 362) A. MARIANI. Deux cas de manie transitoire. — 363) PICQUÉ. Du délire psychique post-opératoires. — 364) PICQUÉ et BRIAND. Des psychoses post-opératoires. Du rôle que la nature de l'opération chirurgicale peut jouer dans leur protection. — 365) ERDMANN. Sur la « moral insanity ». — 366) PAUL FARABEUF. Étude de la physionomie chez les aliénés. — 367) BONNET. Consultation médico-légale au sujet d'un internement. — 368) A. PARIS. Guérison d'un délire chronique systématisé non lié à la dégénérescence. — 369) HEZUG. Rapports de certaines névroses et psychoses avec les affections

- gastro-intestinales. — 370) DORÉ. La mort dans la paralysie générale. — 371) COLOHAN. Étude séméiologique de l'agitation. — 372) LÉO FINKELSTEIN. Deux cas de soi-disant folie par transformation. — 373) WOLLENBERG. Tentatives de suicide par pendaison. — **Thérapeutique.** — 374) DANDOIS. Opérations dirigées contre les névralgies. — 375) RAUZIER. La maladie de Friedreich et son traitement. — 376) E. MARTIN. De la ponction lombaire, les dangers qu'elle peut présenter dans les affections organiques des centres nerveux. — 377) R. REDARD et PAUL BESANÇON. Traitement chirurgical et orthopédique de la maladie de Little. — 378) DUCROQUET. Le traitement du mal de Pott. — 379) BLANC. Résultats éloignés de la craniectomie dans l'idiotie microcéphalique. — 380) BLAINVILLE. Étude clinique et thérapeutique de l'hypnal. 164
- III. — **SOCIÉTÉS SAVANTES.** — **SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.** — 381) GUINARD. Sur les abcès cérébelleux 193
- IV. — **BIBLIOGRAPHIE.** — 382) F. RAYMOND et PIERRE JANET. Névroses et Idées fixes. — 383) P. SOLLIER. L'Intermédiaire des neurologistes et des aliénistes. — 384) E. FLATAU et L. JACOBSON. Compte rendu annuel des travaux concernant la neurologie et la psychiatrie. — 385) JEAN LECLERC. Les traitements actuels du tabes. 194

TRAVAUX ORIGINAUX

LÈPRE ET ALIÉNATION

PAR LE PROFESSEUR

Paul Kovalevsky

(de Saint-Petersbourg).

L'étude scrupuleusement scientifique de la lèpre ne compte pas beaucoup d'années, et cependant la quantité de travaux scientifiques sur ce sujet est déjà grande. Cette richesse s'explique par l'énorme importance pratique du sujet, ainsi que par la grande compétence scientifique des savants qui s'en sont occupés. Il faut aussi avouer que l'étude de la lèpre a été facilitée par la séquestration sévère des lépreux dans la majorité des pays, ce qui permet des observations continuelles durant toute la vie de ces malheureux. Et cependant, dans ces travaux multiples, nous trouvons fort peu de données sur l'état du système central nerveux des lépreux. Ainsi, dans le Manuel classique de Morrow (1895) sur la lèpre, comprenant trois grands volumes, nous ne trouvons rien concernant les altérations du système nerveux central des lépreux; la même lacune se remarque dans le travail de Lelloir, ce qui pourrait faire naître la pensée que la lèpre, ses toxines et ses microbes aussi, sont fort indulgents envers le système nerveux central, qu'ils le laissent intact. Hansen, grande autorité dans la question, se prononce ainsi: il faut dire, tout en le regrettant, que ni moi, ni quelqu'un d'autre n'a jamais observé de mélancolie chez un lépreux; *mais c'est pour cette simple raison que la lèpre n'altère jamais le cerveau* (1). Cependant, si Hansen n'eut pas l'occasion

(1) *The reason is that the brain is never affected in leprosy, etc.* Journal of américain médical association, 1898.

d'observer d'aliénation chez les lépreux, cela ne prouve aucunement que la lèpre n'altère jamais le système nerveux central. Il est vrai que ces faits sont rares, mais ils existent cependant. En étudiant le compte rendu du gouvernement de la Norvège sur les lépreux, pour les années de 1881 à 1885, nous y rencontrons des indications prouvant que la lèpre n'épargne pas toujours le système nerveux central. Ainsi, à l'hôpital de Lunjegaard (1), il y eut, durant ces quatre années, 32 cas de mort, dont un causé par méningite et un par épilepsie. A Pleidstoftel-sen n° 1 — 114 issues mortelles, dont une par apoplexie cérébrale. A Reigioldets Hospital 149 morts, dont trois cas d'hydrocéphalie aiguë, 2 d'épilepsie, 2 de convulsions; depuis 1860 à 1885, durant 25 années il y eut 802 morts, dont neuf cas d'hydrocéphalie aiguë et treize de méningite.

Dans le compte rendu du royaume de Pavaia, pour l'année 1890, nous trouvons les chiffres suivants: totalité de cas de morts, 548, dont 137 enfants n'ayant pas atteint un an, 61 enfants d'un à cinq ans. Les diagnostics indiquent: morbus cerebri 4, méningite 1, paralysie 1, convulsions 29. L'absence de choléra infantile prouve que le bas âge ne jouait pas un trop grand rôle dans cette mortalité — cependant la coqueluche comprenait 21 cas.

Dans le compte rendu du Trinidad leper asylum de Beavan Rake (2) pour l'année 1889, nous trouvons entre les cas de morts: 2 fois l'épilepsie, manie 2, insolation 1, hémorrhagie cérébrale 1 et trouble cérébral 1 fois. En 1892, sur 25 cas mortels, nous trouvons 1 fois l'épilepsie, 1 fois hémicranie, manie et 3 cas de démence.

Le compte rendu très détaillé de la commission des Indes (3) ne dit rien sur les altérations cérébrales des lépreux. Le journal (4) spécial de 1890 énumère des centaines de travaux sur la lèpre — mais pas un n'est consacré aux altérations lépreuses du système nerveux central.

Et cependant Kaliñdero et Babes (5) trouvèrent dans le cerveau des lépreux des bacilles de la lèpre. Le Dr Oldékop, (6) dans sa description des lépreux du bord de la mer Caspienne indique des lésions lépreuses de la moelle; des altérations pareilles ont été observées par Looft (7) et Nonne (8).

Dans le traité sur la lèpre, fait par Ehlers (9) nous trouvons la photographie d'une lépreuse, Irlandaise, en mélancolie, — la même carte photographique est annexée au travail d'Ashmead (10).

Pfefferkohl (11) nous laisse une description avec caractéristique des lépreux, écrite depuis un siècle — nous y trouvons l'affirmation que les lépreux sont acariâtres et ont le sommeil très lourd.

En 1897, j'assistai à une conférence de la section climatologique de la Société

(1) *Beslning om de spedalske, Norge femaaret, 1881-1885.*

(2) *Report on leprosy. Trinidad Leper Asylum for the year, 1892.*

(3) *Report of leprosy commission on India, 1893.*

(4) *The Journal of the leprosy investigation committee, 1890.*

(5) KALINDERO UND BABES. *Deutsche medicin. Wochenschrift*, 1892.

(6) OLDEKOP. *La lèpre caspienne. Médecine contemporaine*, 1862.

(7) LOOFT. *Beitrag zur pathol. Anatomie der Lepa anacethetica, ins besondere des Rückenmarktes.* Virchow's Archiv, 1862.

(8) NONNE. *Klinische und anatom. Untersuchungen eines Falles von general, tuberculöser Lepa* Sahrücher von Hamburg. Staatsrankenanstalt, 1892.

(9) EHLERS. *Actiologische Studien über Lepa*, 1896.

(10) ASHMEAD *Melancholia of leprosy.* The Alienist and Neurologist, 1898.

(11) PFEFFERKOHLE. *Ueber de Norwegische Radesuge an Spedalsked*, 1797.

Russe d'hygiène publique. Le Dr Stchousev fit un rapport sur l'Abyssinie et nous communiqua entre autres que ce sont les guerriers lépreux qui y font la garde nocturne à la guerre, vu que ces *malades souffrent habituellement d'insomnie*.

Dans la même année, le Dr Orbeli publia un article « Lèpre et maladie mentale » (1), dans laquelle il décrit deux cas d'aliénation chez des époux, dans la forme de l'amentia de Meynert; tous les deux, mari et femme, étaient lépreux. L'article du Dr Orbeli se trouvait déjà dans la rédaction des Archives de Psychiatrie, dirigées par moi, lorsque Meschede (2) fit son rapport au Congrès international de Moscou, avec la description suivante d'un cas d'aliénation mentale chez un lépreux: Jeune soldat âgé de 28 ans, qui, à la suite des troubles généraux de l'affection lépreuse (tubercules cutanés et nerveux avec anesthésies localisées aux membres inférieurs), fut pris brusquement (après quelques prodromes de caractère mélancolique) d'un délire hallucinatoire aigu (acutes hallucinatorisches Wahnsinn) qui a duré quatre mois et demi. Fait remarquable, la période initiale de la psychose était accompagnée de phénomènes congestifs de la peau. Avec la disparition de la psychose, la turgescence, l'hyperesthésie et les paresthésies cutanées disparurent également. Pendant la période d'état, les hallucinations cutanées (et celles du sens musculaire) prédominaient, ce qui est également assez caractéristique pour l'infection lépreuse. Tout dernièrement parut le travail de Jeanselme et Marie (3) sur les lésions de la moelle des lépreux, nous y trouvons le passage suivant: « Dans certains cas de lèpre il existe des lésions des cordons postérieurs occupant avec une prédilection particulière les cordons de Goll, les faisceaux en virgule, les triangles cornu-marginaux. Ces lésions coïncidant avec un minimum d'altération des racines postérieures et du reticulum des colonnes de Clarke sont très vraisemblablement d'origine endogène.

Dans la même année, en 1897, le Dr Ashmead (4) fit un rapport au Congrès de Berlin sur la lèpre; entre autres choses, il dit que parfois on observe la mélancolie chez les lépreux. A ce propos, Hansen (5) s'exprima de la manière suivante: « Quant à l'affirmation du Dr Ashmead, faite à la Conférence de Berlin sur la lèpre, je dois confesser n'avoir jamais vu de mélancolie lépreuse. Cette maladie est une découverte de Ashmead... » Hansen ajoute encore que la lèpre n'altère en général pas le cerveau. Pour combattre cette opinion de Hansen, Ashmead (6) s'en rapporte à Hadelburg (7), qui trouve sur 36 dissections de lépreux 2 cas de méningite simple, 1 de méningite tuberculeuse, 1 de tuberculose noduleuse du cervelet, 2 cas de dégénérescence des faisceaux latéraux de la moelle, 1 cas de tuméfaction et d'hyperhémie de la moelle dans sa partie lombaire.

Garces, de Columbia, s'exprime de la manière suivante. « Les symptômes initiaux de la lèpre consistent dans une paralysie des vasomoteurs, le choc du système nerveux périphérique prépare le terrain pour la réception des microphytes de la lèpre, qui, à eux seuls, n'auraient pu créer la lèpre. La lèpre anesthésique peut exister aussi sans microbes;... il serait peut-être possible d'admettre la même absence de microbes dans les phases initiales des autres formes lépreu-

(1) Dr J. ORBELI. *Lèpre et maladie mentale*. Archives de Psychiatrie, 1897.

(2) MESCHEDÉ. Revue neurologique, 1897, p. 619.

(3) JEANSELME et MARIE. *Sur les lésions des cordons postérieurs dans la moelle des lépreux*. Revue neurologique, 1898.

(4) ASHMEAD. *Suppression and predention of leprosy*, 1897.

(5) HANSEN. Journal of american medical association, 1898.

(6) ASHMEAD. The alienist and neurologist, 1898.

(7) HADELBURG. *Hospital Lazares*, Rio-Janeiro, 1897.

ses ;... partout, en général, les altérations nerveuses précèdent l'apparition du microbe, qui, de même que les abeilles ne viennent peupler qu'un arbre déjà creux, ne vient assaillir qu'un terrain déjà préparé. En résumé, la lèpre est une maladie microbienne, précédée cependant, primordialement, par une altération du système nerveux, qui (l'altération), dans quelques cas, peut exister isolément, sans microbe, toute la vie durant. Le microbe de Hansen peut exister sans créer la lèpre, et la lèpre peut exister sans ce microbe. »

Ashmead ajoute : « Je cite ces paroles de Garces dans le but d'étonner Hansen, de même qu'il m'a étonné en déclarant qu'il n'existait pas de mélancolie lépreuse. » D'après Ashmead, il y aurait 100,000 lépreux sur les 45,000,000 de Japonais, et une grande quantité de ces 100,000 malheureux se suicident étant mélancoliques. D'après Garces, on compterait 30,000 lépreux à Columbia, dont beaucoup finissent par le suicide, tâchant de se faire piquer par un serpent.

Voici toutes les données sur les altérations lépreuses du système nerveux central que j'ai pu découvrir dans la littérature bien nombreuse sur la lèpre que M. le professeur O. K. Petersen eut l'obligeance de mettre à ma disposition, ce dont je lui exprime ma sincère gratitude.

Comme l'observation suivante, appartenant à M. le Dr Orbeli, n'est décrite qu'en russe et reste inconnue à l'étranger, je trouve à propos de la traduire en entier.

Joseph S..., Géorgien montagnard (Caucase), âgé de 28 ans, natif du village de Magar, district de Fionet, gouvernement de Tiflis, marié, père de trois enfants. Père et mère du malade bien portants, sœur de même.

La femme et une des filles du malade présentent aussi des symptômes de lèpre. Notre malade s'occupait d'agriculture, mais était aussi menuisier.

Il y a dix ans que notre malade remarqua que la peau de ses genoux devenait dure et rude, il l'expliqua par sa position, souvent agenouillée, durant les travaux de menuiserie. Deux ans plus tard, il partit du gouvernement de Tiflis pour celui de Wadicaucase, où il travailla comme menuisier ; bientôt après son arrivée il devint malade, tout son corps présente de l'œdème. Il revint à Tiflis et s'y remit grâce aux bains chauds sulfureux des sources de Tiflis, qu'il ne quitte plus.

Depuis trois ans, la peau de la plante du pied présentait une fissure, qui devint bientôt une ulcération, mais comme elle ne le faisait pas souffrir, il y fit peu attention. Notre malade rattache sa maladie (lèpre) au fait suivant : l'année dernière il passa une nuit à la belle étoile et se gela les doigts des mains à tel point que les os des doigts tombèrent sans qu'il ressentit de douleur. C'est vers ce temps-là aussi qu'il remarqua une éruption sur la face. Durant toute cette dernière année il ressentait de la faiblesse, mais continuait cependant de travailler. Il fut placé dans la section pour maladie infectieuse de l'hôpital de Tiflis et fut envoyé à la section des aliénés vu l'apparition d'un délire de persécution, avec accès de fureur, qui amena une tentative agressive sur la personne du médecin-directeur de la section pour aliénés. Notre malade dit n'avoir jamais vu de malades tels que lui, ni dans sa patrie ni à l'endroit où il était allé travailler ; cependant il est tenté maintenant de croire que sa maladie dure déjà depuis trois ans, depuis qu'un jour il avait mangé, en société de deux camarades, du pain, qui provoqua des vomissements de sang chez ses convives et amena leur mort.

L'anamnèse de la femme de notre malade prouve que les symptômes de la lèpre se développèrent depuis deux ans chez elle ; quand à son mari, il devint lépreux deux ans avant elle, d'après son dire.

Le malade est de taille moyenne, sans disproportion, mal nourri, maigre. Le crâne est de forme dolicho-céphalique et ne présente aucune anomalie. Les cheveux sont épais, bruns mêlés de mèches de cheveux gris. L'examen des yeux montre les anomalies suivantes : *ectropion* des paupières inférieures, à gauche plus prononcé qu'à droite ; *logophtalmus*

paralyticus avec inflammation secondaire de la conjonctive et de la cornée ; les yeux sont larmoyants ; la pupille de l'œil droit est plus large que la gauche. Les cheveux et poils des sourcils et des moustaches sont bien rares, il reste à peine quelques poils de sa barbe.

Parésie de la face à droite, le côté gauche est aussi légèrement torpide ; c'est pourquoi le visage manque d'expression et rappelle plutôt un masque. La peau du nez, des joues et du front est amincie, luisante et couverte d'une éruption papulo-pustuleuse ; les pustules ne sont pas grandes et le pus en sort facilement. La racine du nez est enfoncée et épaissie, résultat d'un traumatisme, les parties intérieures du nez sont intactes. Sur la gencive inférieure, près de l'alvéole de l'incisive moyenne, se trouve une petite ulcération. Les dents sont normales. La muqueuse du pharynx porte des ulcérations et est en général gonflée. La langue est intacte ; le palais mou est rétréci par des cicatrices ; l'épiglotte est soulevée et pressée entre les arcs, ce qui amène le resserrement de l'isthmus faucis. Les glandes lymphatiques sont tuméfiées. Dans les régions inguinales, cervicales et de l'aisselle, pas de lésions cutanées dans ces endroits. La peau est pigmentée dans quelques endroits, dans d'autres on observe des taches décolorées, résultats d'ulcérations précédentes ; un ulcère sous l'omoplate droite, grand de deux centimètres à peu près et couvert d'une croûte. Rien dans les poumons, la respiration est de 20. Les bruits cardiaques sont purs, avec accentuation du bruit aortique, le pouls est de 62 à 74 par minute ; la température 37° 37°. Le foie et la rate ne présentent aucune altération.

L'urine est trouble, avec résidu, le poids spécifique est de 1,021 de réaction acide, beaucoup d'albumine et de globules sanguins rouges, ainsi que de cylindres hyalins et granuleux. L'analyse de la salive, du sang et des nodules cutanés fit découvrir la présence des bacilles de la lèpre, qui se trouvaient surtout groupés entre les globules sanguins rouges ; les leucocytes présentaient en assez grande quantité des spores dans les portions du sang qui furent prises dans les ganglions lépreux.

Les extrémités surtout attirent l'attention. Aux coudes nous trouvons la peau gonflée, rougie, s'écaillant ; l'examen de la sensibilité dans ces parties montre une anesthésie totale, analgésie et thermesthésie ; au contact la peau paraît plus froide que dans les autres parties. Près du coude, autour d'une plaque circonscrite, pigmentation bien accentuée et inflammation considérable des veines sous-cutanées. Sur les autres parties des bras et des mains, beaucoup de cicatrices et de taches pigmentées. Atrophie très considérable des muscles interosseux ; les quatrième et cinquième doigts présentent une contracture palmaire plus forte à droite qu'à gauche ; mutilation de la troisième phalange du troisième doigt de la main droite et de la seconde de la main gauche, les ongles conservés ont l'air de griffes ; la peau est atrophiée et ridée. Les ongles sont fragiles, couverts de fissures, en partie noirs. La seconde phalange du pouce de la main gauche est tuméfiée, porte une grande fissure cutanée sur le pli du poignet. Les nerfs du coude se présentent au toucher comme de gros cordons, sans différence de calibre sur toute leur étendue. Les cuisses, les jambes et les pieds sont couverts de cicatrices superficielles de diverses dimensions, contours et couleurs, tantôt décolorées, tantôt trop pigmentées ; les plaques cutanées sont surtout fortement accentuées aux genoux, elles sont décolorées au centre, entourées d'un liseré fortement coloré qui pâlit et disparaît complètement vers le centre de la plaque ; ces dernières présentent en outre toutes les formes d'anesthésie cutanée. Le petit orteil du pied droit a une mutilation de la seconde phalange ; l'ongle, quoique conservé, est difforme : les ongles des autres orteils sont d'une coloration foncée ; à la plante des deux pieds de profondes ulcérations perforantes, dont les bords semblent être coupés au ras et sont couverts de durillons (mal perforant). L'appétit, le sommeil et l'activité des intestins sont satisfaisants ; les mouvements des extrémités sont normaux ; les réflexes du genou sont légèrement augmentés. Testicules et funiculi spermatici présentent des parties gonflées. Une tache douloureuse sur le pénis.

Les organes des sens sont intacts. Les perceptions de l'odorat et du goût semblent s'affaiblir ; les organes du sens cutané sont aptes à percevoir les irritations extérieures grossières. Malgré la capacité de perception, le malade ne réagit pas également à toutes les irritations ; les unes sont perçues par le sujet plus vite et plus subitement, d'autres passent inaperçues ; le malade perçoit plus vivement les impressions qui sont liées aux intérêts de sa vie psychique du moment donné ; d'autres impressions le laissent indifférent en raison de l'altération temporaire de la capacité de perception.

Outre cette altération organique et psychique de la sensibilité, sous forme d'affaiblissement, le malade présente des hallucinations et des illusions des organes des sens. Il lui semble reconnaître sur les visages des personnes de son entourage tantôt un air de menace tantôt de moquerie; les intonations de leurs voix lui paraissent suspectes; il s'égare souvent et prend une personne pour une autre, ce qui donne lieu à de l'irritation et l'excite. Il entend parfois des voix menaçantes qui lui parlent de sa mort, de l'assassinat de sa femme, d'empoisonnement de ses enfants. Le malade trouve un goût particulier à sa nourriture, tantôt un goût de poisson, de sang, etc.; l'air a des senteurs particulières; il a aussi parfois des visions. La quantité de représentations est suffisante; au commencement elles sont claires et précises: le malade donne des renseignements exacts sur sa personne, son passé, les endroits où il a vécu, sur son travail, etc. Toutes les données anamnestiques furent communiquées par le malade lui-même avant l'écllosion de la psychose. Il ne peut donc pas être question de manque ou d'insuffisance de faculté intellectuelle en général. La stupidité apparente s'explique par des obscurcissements momentanés de la conscience, avec perte d'orientation pour le temps, le lieu, les circonstances extérieures. Dans de pareils moments les illusions se multipliaient, de même que les hallucinations, ce qui embrouillait et rendait confus le discernement du malade, créait des idées délirantes, de l'anxiété, de l'excitation et des actes agressifs. Ainsi le malade attaqua le médecin aliéniste, car il croyait que ce dernier venait pour le mettre à mort, après avoir tué sa femme et ses enfants. Dans quelque⁸ cas, les idées délirantes du malade avaient pour base des illusions et des hallucinations et toute une chafne d'idées absurdes et pathologiques; dans d'autres moments, son délire était incohérent, saccadé et absurde; dans ce dernier cas, le malade tombait dans un état de confusion, ou d'amentia. Mais il arrivait aussi qu'il se calmait, se rendait compte de son entourage, raisonnait correctement.

Durant son séjour à la section d'aliénés, le malade présentait des changements d'humeur continuels; tantôt il pleurait la mort de sa femme et de ses enfants, et la peine de mort qui l'attendait, tantôt il devenait calme, sociable, tranquille, même presque gai parfois, mais une tristesse morne prédominait, liée à des illusions, des hallucinations et des idées délirantes de la même teinte. Parfois il y avait entière obnubilation de la conscience, parfois seulement du délire; il croyait qu'on lui servait à manger la chair des corps de sa femme et de ses enfants; on les avait empoisonnés d'abord, puis brûlés; le chirurgien de l'hôpital fut le bourreau, qui les exécuta.

Le délire n'avait pas d'expression logique, régulièrement formée; il était saccadé, incohérent et non systématisé, accompagné d'illusions, d'hallucinations et d'état subconscient.

Parfois le malade était sociable et s'entretenait avec son entourage, mais, d'autres fois, il devenait taciturne, silencieux, refusait la nourriture; les hallucinations et le délire étaient la raison de ce refus.

Simultanément avec ces symptômes d'aliénation se développa une maladie des reins, ensuite une péricardite, qui emporta le malade. Durant l'état fébrile, le malade était déprimé, ne donnait pas de réponses aux questions, refusait de s'alimenter, était gâteux. Aux derniers jours, une dysenterie s'ajouta aux lésions rénales et cardiaques.

L'autopsie, faite par le Dr Chelikoff, donna les résultats suivants: la dure-mère épaissie, sa dissection fait apparaître un liquide rougeâtre; la surface intérieure présente des lamelles rouges sanguines; le poids du cerveau est de 1,370 grammes. La substance cérébrale est pâle et anémique; le péricarde contient deux grandes cuillerées d'un liquide jaunâtre. En résumé: pachiméningite interne hémorragique et leptomeningitis chronica, anemia cerebri, hyperemia pulmonum dextr. lobi inf. pericarditis exudativa, atrophia fusca cordis, cor adiposum, degeneratio adiposa hepatis, induratio cyanosa lienis, gastritis chronica, enteritis hemorrhagica acuta, nephretis parenchimatosa chronica, lepra, ducubitus.

II. — Quelque temps après la réception de ce malade, sa femme, âgée de 26 ans, fut placée au même hôpital. Dedukaia S., est paysanne, non instruite; elle est lépreuse, comme son mari. Sa lèpre dure depuis deux ans, les premiers tubercules apparurent sur les pieds, après se développèrent ceux des bras, de la face, de la langue et du pharynx; ces vésicules s'ulcérèrent bientôt. La lèpre de la femme parut deux ans après celle du mari. L'éruption

lépreuse est surtout fortement visible sur la face; le menton est couvert de tubercules papuleux plats, dont une partie est ulcérée; des ulcérations toutes pareilles sont disséminées sur l'aile gauche du nez; les ulcérations sont recouvertes de molles escarres. Sur quelques parties du corps, surtout aux bras, se trouvent de grands tubercules couverts de peau saine.

Ulcérations au pharynx, voix enrouée, parfois une toux sèche; les lésions du pharynx parurent plus tard que les tubercules aux pieds et jambes, qui sont multiples. Il est surtout étrange que cette femme lépreuse ait eu aussi du délire, des illusions et des hallucinations. Les altérations de la sensibilité et de la région mentale offraient le même caractère que l'aliénation du mari; elle croit qu'on veut l'empoisonner, la brûler vive, la tuer, la faire disparaître. Les traits de tous ceux qui l'entourent prennent un air de menace et une expression qui lui prédit le danger. L'aliénation de la femme se développe à l'hôpital pendant que le mari était déjà, en qualité d'aliéné, passé de l'hôpital général à la section des aliénés; elle ne l'avait pas vu depuis son entrée à l'hôpital. Malgré cette absence de communauté, l'aliénation de ce couple de lépreux était parfaitement la même.

Ainsi, nous retenons des observations qui précèdent qu'on a observé chez des lépreux les lésions suivantes: méningites, hydrocéphalies aiguës, apoplexie, épilepsie, hémicrânie, convulsions, et puis encore maladie de la moelle, mélancolie, manie, amentia et démence.

Ces données nous permettent de poser les conclusions suivantes:

1. Des lésions du système nerveux central ont été observées chez des lépreux.

2. Bien que rares, elles existent cependant.

3. Il est désirable que l'attention des observateurs soit plus sérieusement dirigée sur cette question.

4. La lèpre doit être admise comme cause étiologique de l'aliénation.

5. En fait de maladies mentales chez des lépreux, on a observé la mélancolie (Ehlers et Aschmead), la manie (Beavan Rake), la démence (Rake), l'amentia de Meynert (Orbeli et Meschede).

A en juger d'après l'analogie de l'action des autres maladies infectieuses sur la sphère mentale, il paraîtrait que la lèpre pourrait plutôt faire naître l'amentia, que d'autres maladies mentales.

ANALYSES

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE

320) **Nouvelles recherches sur la Myélinisation dans les Hémisphères Cérébraux de l'homme** (Neue Untersuchungen über die Markbildung in den menschlichen Grosshirnklappen), par FLECHSIG. *Neurologisches Centralblatt*, 1^{er} novembre 1898, p. 977 (Deux schemas).

Dans ce mémoire, F. fait connaître le résultat de ses plus récentes recherches sur les hémisphères cérébraux, et expose les modifications qu'il croit devoir introduire dans ses conclusions antérieures. Il met donc au point, à ce jour, l'étude des centres sensoriels et des centres d'association d'une part, celle des fibres de projection et des fibres d'association, d'autre part, puis celle des variations individuelles de ces deux systèmes et de leurs rapports entre eux. Il fait en ter-

minant, l'examen critique de quelques travaux de Dejerine, v. Monakow et Munk. Les objections à sa théorie, basées sur les conclusions de ces auteurs, ne sont pas admises par Flechsig.

Par suite d'une série de divisions pratiquées dans les centres d'association et de la description de deux nouveaux centres sensoriels, le nombre des centres qui était auparavant de neuf (cinq sensoriels et quatre d'association) est actuellement et sans doute provisoirement fixé à quarante. Ces quarante centres sont appelés les *champs corticaux embryologiques*. D'après leur ordre d'apparition ces quarante champs sont rangés en trois groupes. Le premier groupe, celui des *territoires primordiaux*, se constitue avant la naissance à terme, il comprend les champs numérotés de 1 à 8. Le second groupe, celui des *territoires intermédiaires* se constitue dans le mois qui suit la naissance à terme ; il comprend les champs numérotés de 9 à 32. Le troisième groupe, celui des *territoires terminaux* se constitue après la fin du premier mois qui suit la naissance à terme ; il comprend les champs numérotés de 33 à 40. Dans l'ensemble, les territoires primordiaux correspondent à des centres sensoriels et les territoires terminaux à des centres d'association. Les territoires intermédiaires renferment d'une part, des centres sensoriels, d'autre part des centres d'association ; ces derniers sont toujours contigus à des centres sensoriels, ce sont les « *zones bordantes des centres sensoriels* ». F. indique ensuite les différents champs qui composent chaque lobe de l'écorce (à voir dans l'original).

Quant aux *fibres* des hémisphères, elles forment, suivant qu'elles apparaissent myélinisées en premier lieu, en second lieu etc., le *système primaire*, le *système secondaire*, etc., des fibres de chaque territoire. Le système primaire des fibres du territoire primordial constitue une voie centripète ou mieux corticopète. Le système primaire du territoire terminal constitue une voie centrifuge ou mieux corticofuge : ces dernières fibres ne seraient pas des fibres de projections motrices, mais bien des fibres d'association et en particulier des fibres du corps calleux.

F. établit ensuite, par des exemples, l'existence des *variations individuelles* de ces deux systèmes : centres et fibres. L'étude des sillons de l'écorce est liée à celle des variations de surfaces, réelles ou apparentes, des champs corticaux. Pour les fibres, F. s'appuie sur les variétés présentées par le ruban de Reil inférieur (Fusschleife) dans ses deux parties : 1° fibres adjacentes à celles des cordons postérieurs ; 2° fibres adjacentes au faisceau pyramidal. L'existence de ces variétés explique qu'un fait isolé ne pourra valoir d'emblée contre les conclusions de Flechsig, étayées sur l'examen de 48 hémisphères provenant de 28 cerveaux.

Pour ce qui est des *rapports des fibres avec les centres*, F. est amené à reconnaître que ses conclusions antérieures sont en certains points trop absolues et qu'il y a lieu de les modifier. Il fait observer, pour sa défense, que déjà en 1895 il avait incidemment noté que les centres d'association sont reliés par des collatérales à la couronne rayonnante. Toutefois la question litigieuse — les centres d'association sont-ils ou non directement en rapport avec les fibres de projection ? — ne lui paraît pas actuellement susceptible d'une réponse catégorique. Cette question soulève en effet d'autres questions soit préjudicielles soit incidentes qui doivent être résolues avant qu'elle ne soit elle-même abordée et tranchée. C'est ainsi qu'on ne peut parler des rapports des fibres de projection avec les centres d'association avant d'avoir au préalable fixé les limites de ces centres d'association. Or l'auteur, dans ses travaux, se livre à un remaniement constant de ces limites

et même il ajoute qu'il ne pense pas encore être arrivé à un résultat définitif. Il sera de même utile, d'avoir des données suffisantes sur l'époque d'apparition de la myéline dans les divers groupes de fibres : il est infiniment probable que deux champs corticaux dont les fibres se myélinisent à des intervalles de temps différents n'ont pas la même valeur fonctionnelle. L'existence ou l'absence de voies d'association directes entre les centres sensoriels est également d'importance dans la question en discussion. Or, F. conteste aujourd'hui la valeur des fibres d'association au *faisceau longitudinal inférieur* et au *faisceau de l'ourlet* : d'après ses recherches, ces deux faisceaux seraient en réalité des *fibres de projection*. Aussi est-il douteux que les centres sensoriels soient reliés directement entre eux. Il est vraisemblable qu'ils ne le sont que par l'intermédiaire d'un relai, que ce relai soit la *couche optique* ou les centres d'association. Par suite, se pose le problème des relations possibles des centres d'association avec la couche optique. Enfin, l'étude des dégénérescences secondaires est actuellement trop peu avancée pour permettre de conclure que la couronne rayonnante entre en rapports avec l'écorce.

Malgré ces difficultés, F. estime que de toutes les théories, c'est la sienne qui est la mieux adaptée aux faits. La réfutation des objections à sa théorie basée sur l'examen critique des observations publiées par ses contradicteurs est à lire dans l'original.

E. LANTZENBERG.

321) **La Sensibilité Dououreuse de la Peau. Algésimétrie**, par MOCZUT-KOWSKY. *Nouv. Iconographie de la Salpêtrière*, t. XI, juillet-août, n° 4, 1898 (2 fig.).

M. donne les résultats obtenus avec son algésimètre appliqué sur tous les points de la surface cutanée. Les variations de la sensibilité à la douleur varient entre 0^{mm},15 et 1^{mm}, 15. La sensibilité maxima se trouve au niveau du front et entre les phalanges sur la surface palmaire des doigts. La sensibilité minima est au niveau du bassin. Elle augmente graduellement au fur et à mesure qu'on se rapproche des extrémités (la plante des pieds excepté).

Il y a de nombreuses différences individuelles, et aussi suivant le sexe, la profession, etc.

HENRY MEIGE.

322) **Le Trichœsthésiomètre électrique et la soi-disant Sensibilité des poils du corps** (Das elektrische Trichoästhesiometer und die sog. Haarempfindlichkeit des Körpers), par V. BECHTEREW (de Saint-Petersbourg). *Neurologisches Centralblatt*, 15 novembre 1898, p. 1032.

Il s'agit des phénomènes de sensibilité provoqués par un contact exclusivement limité aux poils des régions velues du corps et n'intéressant nullement la peau sur laquelle sont implantés ces poils. Description et figure de l'instrument. Exposé des résultats obtenus chez l'homme sain.

E. LANTZENBERG.

323) **Sur l'influence de la Douleur sur l'activité des mouvements du Cœur** (Über den Einfluss des Schmerzes auf die Herzthätigkeit), par EGGER (Bâle). *Arch. f. Psychiatrie*, t. XXXI., F. 1 et 2, 1898 (50 p. Index bibl.).

L'accélération du pouls, sous l'influence d'impressions douloureuses (symptôme de Mankopf), se rencontre chez les personnes saines comme chez les individus atteints de névrose traumatique. Ce n'est donc pas un symptôme de cette dernière affection. L'auteur enregistre en détail ses nombreuses expériences ; il s'est servi du sphymochronographe de Jacquet : les impressions douloureuses étaient produites soit par la pression de points douloureux, soit par le courant faradique. Les variations individuelles dépendent de la plus ou moins grande

excitabilité du patient. Mais on a exagéré l'importance des influences psychiques sur l'accélération du pouls dans ces expériences. E. le prouve en notant le résultat négatif d'expériences où il se bornait à appliquer les tampons électriques sans faire passer le courant.

TRÉNEL.

- 324) **De l'influence du cordon cervical du Sympathique sur la fréquence des battements du Cœur**, par E. WERTHEIMER. *Bulletins de la Société centrale de médecine du département du Nord*, 2^e série, t. II, n^o 8, 28 octobre 1898.

Après avoir retracé les opinions différentes, défendues par divers auteurs, sur le rôle du cordon cervical du sympathique, l'auteur rapporte les expériences qu'il a lui-même poursuivies. Trente-quatre chiens ont été successivement mis en expérience dans des conditions différentes. Les résultats obtenus par la méthode graphique permettraient de conclure que la présence de fibres accélératrices dans le cordon cervical du sympathique est un fait exceptionnel. La physiologie normale du sympathique cervical ne pourrait donc servir à expliquer l'amélioration ou la guérison de la tachycardie consécutive à la résection de ce nerf.

A. HALIPRÉ.

- 325) **Théorie des Sensations d'Innervation** (Zur Theorie der Innervationsgefuhle), par L. KERSCHNER. *Berichte des natur-med. Vereines in Innsbruck*, 23 jahrgang (1896-97). (Tirage à part, 43 pages.)

Dans cet exposé, K. s'appuie sur des considérations anatomiques, physiologiques et psychophysiologiques (V. l'original) pour établir le rapport étroit existant entre les fuseaux neuro-musculaires et le sens musculaire. Après un historique des théories de la sensibilité musculaire, K., sans rejeter définitivement l'existence de sensations centrales de la contraction musculaire, rappelle que l'étude des fuseaux neuro-musculaires par Blocq et Onanoff, Weiss et Dutil, lui-même, a conduit à admettre le rôle sensitif de ces appareils périphériques. Ceux-ci, comparables aux terminaisons tendineuses de Golgi, occupent, dans le muscle, une situation profonde destinée à protéger leur fonctionnement. Ils sont certainement en rapport avec l'écorce cérébrale ; à cet égard il suffit d'indiquer leur plus grande abondance à la paume de la main chez l'homme. On peut enfin supposer que ces fuseaux ont pour objet de renseigner sur la nature d'un mouvement volontaire projeté et sur la possibilité de son exécution. La richesse du muscle en terminaisons nerveuses de divers ordres montre que tout phénomène d'activité musculaire sera perçu par les fuseaux ; ainsi naissent les sensations d'innervation.

E. LANTZENBERG.

- 326) **Les fonctions du Cerveau et les échanges organiques**, par SOURY, *Annales médico-psychologiques*, novembre 1898 (p. 25).

Analyse critique étendue d'un travail de Belmondo analysé dans la *Revue neurologique* (1897, p. 104).

TRÉNEL.

- 327) **Dépersonnalisation et fausse Mémoire**, par L. DUGAS. *Revue philosophique*, octobre 1898, p. 423.

L'auteur tient la fausse mémoire et la dépersonnalisation pour des phénomènes distincts, celle-ci consistant en une impression d'étrangeté (c'est-à-dire n'ayant pas de rapport avec le temps). Faut-il chercher la cause de la dépersonnalisation dans une intoxication affectant surtout les centres visuels ?

PIERRE JANET.

- 328) **Technique histologique pour les Lésions de Dégénérescence des Cordons tout à fait à leur début** (Zur Histotechnik ganz beginnender Strangdegenerationen), par SCHAFFER. *Neurologisches Centralblatt*, 1^{er} octobre 1898, p. 890.

K. conseille, pour déceler les dégénérescences des cordons au début, de laisser durcir longtemps (4 à 6 mois) les pièces dans le Müller, les débiter en fragments peu épais. Placer ces fragments dans le mélange osmio-bichromaté de Marchi (8 jours). Puis lavage à fond à l'eau (8 à 15 jours). Inclusion dans la celloïdine. Coupes. Un photogramme.

E. LANTZENBERG.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

- 329) **Des Difformités congénitales du Système Nerveux central**, par N. SOLOVITZOV (de Moscou). *Nouv. Iconographie de la Salpêtrière*, t. XI, n° 5, 1898 (34 photographies tératologiques ou microphotographies).

Ce travail, illustré de nombreuses figures (coupes de moelle, bulbe, protubérance; cellules nerveuses; photographies de monstres anencéphales et hydrocéphales) a pour conclusions :

1° L'hydrocéphalie interne provoque différentes difformités du système nerveux central: absence de l'écorce, du pulvinar, des corps genouillés, des voies pyramidales, du système frontal et du système temporal du pont de Varole, des faisceaux disséminés de la couche du ruban de Reil et des faisceaux internes accessoires.

2° Si le processus morbide est plus accentué, alors non seulement l'écorce cérébrale manque, mais encore toute la voûte crânienne; il ne reste que la moelle épinière et parfois une partie du bulbe (on observe encore ici l'absence de la voie pyramidale, du ruban de Reil, de la voie cérébelleuse directe, de la racine spinale du nerf trijumeau), ou bien il ne reste que la moelle épinière seulement et on ne trouve dans cette dernière que le faisceau fondamental du cordon antéro-latéral et les cordons postérieurs.

3° Si ce processus se propage vers le canal spinal, alors, outre l'absence du cerveau, on observe encore: ou bien, une hydromyélie très prononcée (alors la partie postérieure de la moelle épinière est très peu développée) ou bien une ouverture complète de la colonne vertébrale, alors il ne reste de la moelle épinière qu'une partie antérieure revêtant l'aspect d'une membrane.

4° Cette même cause, jointe à l'anencéphalie, engendre parfois la cyclopie.

5° Dans toutes ces difformités les cellules des cornes antérieures restent à un stade de développement embryonnaire.

6° Toutes les difformités observées (12 cas), sont relatives à des monstres du sexe féminin.

HENRY MEIGE.

- 330) **Anomalies Nerveuses**, par GIDON (de Caen). *Année médicale de Caen*, 23^e année, n° 7, p. 114, 15 juillet 1898 (4 fig.).

Fig. I. — La branche descendante de l'hypoglosse s'arrête dans une sorte de ganglion nerveux où aboutissent un filet nerveux venu du spinal et du grand sympathique et deux filets émanés de la dixième paire. De ce confluent partent des filets pour muscles omo-hyoïdien et sterno-thyroïdien; un filet suit la direction de la branche descendante de l'hypoglosse, donne des rameaux aux muscles sterno-hyoïdien et sterno-thyroïdien et s'anastomose avec le plexus cervical.

Fig. II. — Nerf musculo-cutané, représenté par deux branches naissant sépa-

rément du plexus brachial. L'une se fond dans le médian et de la fusion naissent les branches pour le biceps, le brachial antérieur et la peau, la deuxième branche va au coraco-brachial.

Fig. III. — Nerf sciatique poplitée interne reçoit, du sciatique poplitée externe une anastomose qui reste accolée au nerf et donne plus loin la saphène externe.

Fig. IV. — Anastomose de médian et cubital.

A. HALIPRÉ.

331) **Sur les Lésions progressives des Voies Motrices** (Zur den fortschreitenden Erkrankungen der motorischen Leitungsbahnen), par PROBST (Vienne). *Arch. f. Psychiatric*, t. XXX, f. 3, 1898 (11 obs. Hist. Bibliog. 4 planches, 75 p.).

P. donne 11 observations de sclérose latérale amyotrophique, dont deux avec autopsie.

C'est l'une de celles-ci, dont l'examen microscopique est très détaillé, qui fait le fond de ce travail. P. insiste en particulier sur les lésions cérébrales. La frontale ascendante est très dégénérée (zone des membres) ainsi que les parties voisines des première (centre du tronc) et deuxième frontales; la pariétale ascendante l'est beaucoup moins. Le lobe paracentral est très atteint. Il est à noter que, tandis que les signes cliniques étaient notablement moins marqués du côté des membres inférieurs, la lésion est plus intense au niveau de leurs centres que dans les centres du bras et surtout de la face qui semblaient cliniquement plus malades. Le fait serait dû à la plus grande indépendance fonctionnelle des centres des membres inférieurs (dont la fonction est plus automatique).

Ce sont les fibres de projection et les fibres calleuses, situées au centre des circonvolutions qui sont les plus dégénérées. Les fibres propres sont bien mieux conservées et parfois (pariétale ascendante) presque indemnes. Les fibres tangentiels sont assez bien conservées; les fibres superradiées sont très lésées, les stries de Gennari et les fibres interradiées un peu moins. La lésion des fibres calleuses prouve bien que ces fibres appartiennent au système moteur et aux grandes cellules pyramidales. Celles-ci sont à tous les stades de l'atrophie, et manquent même complètement sur certaines coupes. L'atrophie porte sur les prolongements, le corps, le noyau. Au niveau de cette couche de cellules, prolifération névroglique. Les petites cellules pyramidales ne présentent pas de lésion notable. La couche moléculaire a un aspect réticulé, à cause surtout de la disparition des prolongements des grandes cellules. Il n'y a pas de lésion vasculaire importante.

Lésions classiques des noyaux bulbaires. Dans la substance grise médullaire les lésions cellulaires sont généralisées, moins intenses à la région lombaire. Les groupes interne, médian et antéro-latéral sont les plus atteints; les cellules latérales et celles de la corne accessoire sont mieux conservées. Les faisceaux pyramidaux présentent les lésions habituelles ainsi que les cordons de Goll; pour ceux-ci, P. admet une dégénérescence rétrograde d'origine cérébrale analogue à celle qu'on rencontre dans certaines lésions en foyer.

Les racines postérieures et les cordons de Burdach sont intacts. Les lésions trouvées dans le ruban de Reil confirment la description de Hoche (*Arch. f. Psych.*, 1, 1898. In *Revue neurol.*, p. 361).

Au point de vue pathogénique, P. repousse l'hypothèse de Brissaud, lésion systématisée du neurone dont le centre est représenté par les cellules du cordon, et le prolongement axile par les fibres courtes des cordons latéraux. Il pense que

la lésion débute simultanément dans les deux neurones, mais sans obéir à une règle fixe ; les deux neurones ne sont pas toujours lésés également.

La lésion paraît débiter dans la partie périphérique du neurone, le corps cellulaire n'étant pris que plus tard ; on ne constate en effet cette dernière lésion que dans les cas avancés, mais il est vraisemblable qu'en réalité tout le neurone est pris simultanément et dès le début.

La lésion du neurone central a une influence considérable sur le neurone périphérique, c'est un fait analogue à ce qui se passe dans les atrophies précoces de certaines hémiplegiques.

TRÉNEL.

332) Sur un cas de Carcinome métastatique de la face interne de la Dure-mère cervicale et des Racines inférieures du Plexus Brachial gauche, avec des remarques sur la symptomatologie et le diagnostic du Cancer Vertébral (Ueber einen Fall von metastatischen carcinom....), par BAUNS (Hanovre). *Arch. f. Psychiatrie*, t. XXXI, f. 1 et 2, 1898 (40 p., 5 obs., 3 fig.).

5 cas de cancer secondaire.

Obs. I. — Début par des douleurs dans le territoire des racines inférieures du plexus brachial gauche, myosis et diminution de la fente palpébrale, les douleurs sont localisées au côté cubital du bras ; peu à peu, en neuf mois, atrophie des petits muscles de la main (1^{re} racine dorsale), des longs extenseurs et fléchisseurs des doigts (8^e cervicale), enfin parésie des extenseurs de la main (7^e cervicale). Absence d'anesthésie, zona des domaines cutanés de la 1^{re} dorsale des 8^e et 7^e cervicales, glossy-skin. Aucun symptôme du côté du rachis.

Autopsie. — Le cancer n'a envahi la dure-mère qu'à sa face interne, il intéresse les racines en question. Le rachis est indemne. Sclérose de la zone de Lissauer et de la zone d'entrée des racines ; dégénérescence du faisceau de Schultze, prouvant que les lésions radiculaires à elles seules peuvent produire cette lésion. Amincissement de la corne postérieure par la disparition des fibres de la substance gélatineuse. Lésions de la corne antérieure : état vacuolaire des cellules et effacement de leur noyau, disparition des fibres radiculaires intra-médullaires.

Le fait est intéressant par la localisation étroite de la lésion, par l'absence de lésions vertébrales, par la vérification schématique de la théorie des anastomoses périphériques des racines grâce à la marche progressive des atrophies musculaires, à la localisation du zona, à l'absence d'anesthésie (ceci dû à la plus grande étendue des anastomoses des fibres sensitives que des motrices).

Obs. II. — Dans ce cas, les symptômes d'origine osseuse, radiculaire et médullaire se suivent schématiquement pour aboutir aux symptômes d'une lésion transverse de la 2^e à la 5^e racine dorsale. B., en l'absence d'autopsie, attribue cette marche à l'œdème subaigu de la moelle consécutif à la compression. Il note après l'établissement de la paraplégie une dissociation de la sensibilité transitoire ; la sensibilité persista plus longtemps dans le domaine du plexus sacré que dans celui du plexus lombaire, fait exceptionnel. L'irrégularité avec laquelle se montrent les signes cliniques ne permet aucune conclusion sur la situation respective des fibres motrices et sensitives dans la moelle. Remarquer la paralysie restée flasque et la disparition des réflexes tendineux dans le cas de lésion transverse très élevée, en l'absence de lésion de la moelle lombaire (prouvée par la persistance de l'excitabilité électrique) ; noter la marche synchrone de la disparition des réflexes tendineux et de celle de la sensibilité, la persistance partielle des réflexes cutanés. Il paraît donc certain qu'une lésion

transverse élevée suffit pour produire l'abolition des réflexes rotuliens, sans qu'il y ait de lésion anatomique de l'arc réflexe.

Obs. III. — Diagnostic exact du segment médullaire intéressé (niveau de la g. r. dorsale) grâce à l'existence d'une hypoesthésie s'arrêtant au niveau du territoire de la 10^e r. dorsale et à des douleurs en ceinture au niveau du territoire de la 9^e.

Obs. IV. — Cancer vertébral s'étendant du sacrum [aux vertèbres cervicales, n'intéressant la dure-mère qu'en quelques points de sa surface extérieure. A noter surtout les symptômes bulbaires (atrophie de la langue, paralysie du pharynx, accélération du cœur, vomissements) que l'autopsie ne put expliquer; symptômes médullaires très peu accentués. On ne put faire qu'un « diagnostic de probabilité ».

Obs. V. — Au début, il n'y eut que des symptômes radiculaires et médullaires peu marqués, aucun symptôme de lésion osseuse. Subitement paraplégie et mort rapide.

TRÉNEL.

333) **Atrophies du Chiasma et des Nerfs Optiques** (Ueber atrophische Folgezustände in Chiasma u. Sehnerven), par MOELI (Berlin). *Arch. f. Psychiatrie*, t. XXX, f. 3, 1898 (2 planches, 27 figures, 6 obs. Historique, 36).

Il existe un entrecroisement partiel des nerfs optiques dans le chiasma. Les fibres croisées proviennent de la partie dorsale du nerf optique; dans le chiasma elles se recourbent en spirale, pour devenir ventrales et latérales internes dans la bandelette; de plus, immédiatement après l'entrecroisement, elles présentent une légère inflexion en arrière, pénétrant dans l'autre nerf optique.

Les fibres directes proviennent surtout de la partie ventrale et ventro-latérale du nerf optique; elles s'intriquent avec les fibres destinées à l'entrecroisement et les traversent à angle aigu. Dans le chiasma elles prennent en grande partie une direction ascendante. Elles forment de minces colonnettes d'abord parallèles, puis un peu radiées. Au niveau de la bandelette, elles n'ont pas toutes pris la direction définitive, mais quelques-unes ont une direction encore ascendante. Elles atteignent ainsi la région dorsale et latérale de la bandelette.

La différenciation des deux faisceaux dans le nerf a lieu dès le niveau du trou optique.

Les observations très détaillées d'où M. tire ses conclusions sont les suivantes :

Cas 1. — Hémiplegie infantile avec hémianopsie gauche. — Atrophie de la partie postérieure de l'hémisphère droit.

Cas 2. — Hémiplegie syphilitique avec hémianopsie. — Ramollissement de la face interne du lobe occipital droit, du lobe temporal gauche, du noyau lenticulaire gauche. Atrophie du corps genouillé externe droit.

Cas 3. — Hémiplegie syphilitique gauche avec hémianopsie gauche. — Lésion profonde de la couche optique droite, atrophie du corps genouillé.

Cas 4. — Épileptique ayant un rétrécissement du champ visuel gauche. Gros foyer du lobe occipital droit avec atrophie du corps genouillé.

Cas 5. — Méningite syphilitique de la base ayant intéressé la bandelette optique gauche. — Hémiplegie avec hémianopsie.

Cas 6. — Atrophie de l'œil gauche datant de l'enfance.

TRÉNEL.

334) **Thrombose des Sinus de la Dure-mère chez une Fillette de 20 mois**, par HAUSHALTER. *Revue médicale de l'Est*, t. XXX, n° 15, p. 472, 1^{er} août 1898.

Présentation du cerveau d'une fillette de 20 mois ayant succombé au cours

d'une broncho-pneumonie après avoir présenté pendant deux jours des phénomènes nerveux caractérisés par de la paralysie faciale gauche, convulsions, hémiplégie gauche et coma. A l'autopsie, on constate une broncho-pneumonie et une thrombose des sinus de la dure-mère, hémorragie diffuse en nappe, sous-pié-mérienne.

A. HALIPRÉ.

335) Un cas de Thrombose totale des Sinus, par M. PATEL. *Lyon médical*, 30^e année, n° 47, p. 368, 20 novembre 1898.

Enfant de 8 ans et demi, atteint de coxalgie. Fit plusieurs séjours à l'hôpital, au cours desquels on lui appliqua un appareil silicaté. Un abcès se forma et fut opéré sans chloroforme. Le lendemain de l'opération, phénomènes d'irritation cérébrale ; vomissements, alternatives d'agitation et d'affaissement, contractures passagères, raideurs, trismus. Les signes cérébraux s'accroissent bientôt et l'enfant meurt deux jours après l'opération. L'autopsie permet de constater une thrombose totale des sinus avec œdème cérébral, hémorragies méningées sous-arachnoïdiennes, hydropisies intra-ventriculaires, hémorragies cérébrales multiples.

Remarques : Les cas de thrombose généralisée sont rares.

Le diagnostic clinique était impossible, car on ne constata aucun des signes propres à la thrombose des sinus : pas de cyanose du visage, pas d'exophtalmie uni ou bilatérale, pas d'œdème palpébral, pas d'induration des jugulaires.

Conclusions : Les cas de thrombose généralisée à tous les sinus sont rares ; l'œdème cérébral, les hémorragies méningées sous-arachnoïdiennes, l'apoplexie capillaire, l'hydropisie ventriculaire sont autant de lésions dont la réunion mérite d'être signalée.

Le diagnostic de thrombose des sinus n'est pas toujours possible.

L'infection dans le cas actuel paraît être secondaire et due au streptocoque.

A. HALIPRÉ.

336) Des Thrombo-phlébites des Sinus de la Dure-mère, par P. DESCALZALS. *Thèse de Paris*, 1897 (107 p., 48 obs. Bibliographie).

Travail d'ensemble sur la question. Les sinus de la dure-mère, grâce aux nombreuses anastomoses qui les font communiquer avec le système nerveux extra-crânien, peuvent devenir le siège d'une thrombo-phlébite à la suite d'une lésion traumatique ou inflammatoire du cuir chevelu, de la face, du cou et des cavités osseuses des parois crâniennes. Les sinus sur lesquels se localise de préférence l'inflammation sont le sinus latéral et le sinus caverneux : le premier s'infecte à la suite des lésions du cou, de la nuque, de l'oreille moyenne, le second consécutivement aux lésions de la face, de la bouche et du pharynx, du nez, de l'orbite et des sinus maxillaire, ethmoïdal et frontal. La propagation au sinus se fait soit par l'extension de la phlébite à une veine qui s'y jette, soit par l'intermédiaire d'un abcès sous-dural à la suite de la nécrose des parois des cavités infectées, comme la chose a lieu dans le cas de thrombose du sinus latéral d'origine otitique. Au point de vue clinique, les signes généraux de l'infection des sinus sont ceux de la pyohémie ; les signes locaux sont différents suivant la localisation phlébitique ; s'il s'agit du sinus latéral, on observera des troubles du côté de la mastoïde et de la jugulaire ; s'il s'agit du sinus caverneux, les manifestations oculaires et orbitaires sont les plus marquées. — Habituellement la maladie abandonnée à son évolution se termine par la mort.

Quant au traitement, aussitôt la thrombose reconnue, il faut opérer. Dans l'hypothèse de thrombo-phlébite du sinus latéral, d'origine otitique, il faut réséquer la jugulaire interne entre deux ligatures, au-dessous de la partie

thrombosée, trépaner la caisse et la mastoïde, ouvrir le sinus, le désinfecter et nettoyer. Les mêmes règles seront suivies pour le sinus longitudinal dont la ligature sera pratiquée au-dessus du pressoir d'Hérophile. Le sinus caverneux est difficilement accessible.

PAUL SAINTON.

NEUROPATHOLOGIE

337) Contribution à l'étude de quelques Réflexes dans l'Hémiplégie de cause organique, par E. GANAULT. *Thèse de Paris*, 1898. Chez Maloine.

Ce travail, fait dans le service de M. le Dr Pierre Marie, s'appuie sur une statistique de 120 cas. Nous donnons ici les principales conclusions de cet intéressant travail, dans lequel l'auteur a, en dehors des réflexes et des hémiplégiques, étudié quelques réflexes peu connus chez des sujets sains ou atteints d'une autre neuropathie.

1° *Réflexe rotulien*. — a) Les réflexes rotuliens des deux côtés peuvent être presque abolis dans les cas d'hémiplégie récente, non seulement lorsqu'il y a vaste hémorragie cérébrale comme le prétend Sternberg, mais aussi dans les cas d'ictus apoplectique symptomatique du ramollissement étendu d'un seul hémisphère (territoire de la sylvienne). Cet affaiblissement considérable des deux réflexes rotuliens peut persister plusieurs semaines.

b) Le réflexe rotulien dans les cas d'hémiplégie ancienne est plus marqué du côté paralysé que du côté sain dans 92 p. 100 des cas. Dans 6 p. 100 il est égal des deux côtés, dans 2 p. 100 il est plus faible du côté paralysé.

c) Le réflexe rotulien du côté sain est le plus souvent normal (60 p. 100), souvent exagéré (25 p. 100), rarement affaibli (15 p. 100).

2° *Réflexe contralateral des adducteurs*. — a) Dans les hémiplégies récentes, il existe 24 heures après le début de l'affection.

b) Chez les hémiplégiques anciens, il existe dans 57 p. 100 des cas (48, 2 p. 100 chez les hémiplégiques gauches, 66 p. 100 chez les hémiplégiques droits). Dans 70 p. 100 des cas il ne se manifeste que par la percussion du tendon rotulien du côté sain. Dans 20 p. 100 des cas il peut être provoqué par l'excitation du tendon rotulien du côté paralysé, quelquefois il existe des deux côtés (10 p. 100).

c) La prédominance de la contraction des adducteurs du côté paralysé peut constituer un bon signe de présomption pour le diagnostic du côté de l'hémiplégie.

d) Le réflexe contralateral des adducteurs constaté chez un malade atteint d'une hémiplégie déjà ancienne (un an) peut disparaître à l'occasion d'une nouvelle attaque intéressant l'autre côté du corps.

e) La contraction croisée des adducteurs peut s'observer également (très rarement) lorsqu'on excite la région plantaire où la région supéro-interne de la cuisse du côté sain, chez un hémiplégique.

f) Le réflexe contralateral des adducteurs peut se rencontrer chez des personnes non atteintes de maladies nerveuses dans la proportion de 10 p. 100; il existe généralement des deux côtés.

g) Ce réflexe est indépendant du réflexe rotulien puisqu'il a été rencontré dans des cas où le réflexe rotulien était aboli des deux côtés.

h) Ce réflexe peut s'observer dans certains cas de polynévrite, d'amyotrophie ab-articulaire, de pachyméningite cervicale hypertrophique, de polyencéphalite, de myopathie, de syringomyélie, d'épilepsie, de paraplégie s'accompagnant ou non d'abolition des réflexes rotuliens.

3° *Réflexe plantaire*. — a) Le mouvement de retrait du membre inférieur consécutif à une excitation plantaire ne semble pas être un véritable mouvement

réflexe, mais plutôt un acte d'automatisme médullaire ; le réflexe plantaire primordial est caractérisé par le mouvement de flexion des orteils (fléchisseurs plantaires) et la contraction du tenseur du fascia lata.

b) Dans l'hémiplégie récente il est quelquefois exagéré, quelquefois abol pendant le coma apoplectique (1 fois sur 3).

c) Dans les cas d'hémiplégie ancienne, le réflexe plantaire du côté paralysé est généralement affaibli (63 p. 100), assez souvent exagéré (25 p. 100), rarement normal (12 p. 100). Il semble que l'affaiblissement soit plus marqué dans les cas d'hémiplégie très ancienne (10 ans) que dans les cas d'hémiplégie relativement plus récente (5 ans).

d) Comme l'a indiqué Babinski, l'hémiplégie n'apporte pas seulement une perturbation dans l'intensité de la réaction plantaire réflexe, elle provoque également un trouble dans la forme de cette réaction motrice. Chez 85 p. 100 des malades cette altération a été observée ; l'excitation plantaire provoque du côté paralysé l'extension des orteils alors que du côté sain le réflexe continue à se faire, comme c'est la règle, en flexion. Ce trouble est beaucoup plus net au gros orteil. Chez 12 p. 100 des malades, le réflexe plantaire continuait à se faire en flexion du côté paralysé. Dans 3 p. 100 des cas il y a extension des orteils des deux côtés.

e) Du côté sain le réflexe plantaire est normal (45 p. 100), exagéré (28 p. 100), ou affaibli (27 p. 100).

4° *Réflexe abdominal*. — Du côté paralysé, il est chez les hémiplégiques anciens aboli (45 p. 100 des cas), souvent affaibli (33 p. 100), quelquefois normal (18 p. 100), rarement exagéré (2 p. 100).

Du côté sain, dans les mêmes circonstances, il est normal dans 50 p. 100 des cas, affaibli dans 23 p. 100, aboli dans 21 p. 100, exagéré dans 5 p. 100 des cas.

5° *Réflexe crémastérien*. — Souvent aboli des deux côtés ; du côté paralysé il est aboli dans 57 p. 100 des cas, affaibli dans 32,9 p. 100, rarement normal (6,3 p. 100). Du côté sain il est affaibli (41,6 p. 100), aboli (29 p. 100), normal (26,5 p. 100).

6° *Le réflexe crânien* d'Overend n'a aucune signification dans les hémiplégies anciennes.

7° *La sensibilité réflexe cutanée* paraît, chez les hémiplégiques, s'épuiser plus vite du côté paralysé que du côté sain.

PAUL SAINTON.

338) **La Paralysie brusque du Muscle Ciliaire d'origine asthénopique**, par A. JACQUEAU. *Lyon médical*, 30^e année, n° 36, p. 5, 4 septembre 1898.

Un homme de 62 ans, de bonne santé, indemne de maladie générale est atteint à la suite d'un travail un peu prolongé, de douleurs de tête avec amblyopie à peu près complète. L'examen ophtalmoscopique pratiqué 3 semaines plus tard fit constater que l'œil antérieur était sain ; inégalité pupillaire, mais réaction à la lumière ; aucune lésion du fond de l'œil, mais hypermétropie allant jusqu'à 4 dioptries et demie. Des verres correcteurs permirent au malade de déchiffrer avec facilité les caractères les plus fins de l'optotype de Wecker et Masselon.

Diagnostic : Hypermétropie forte non corrigée avec paralysie brusque du muscle ciliaire par surmenage.

A. HALIPRÉ.

339) **Un cas de Diplégie Cérébrale à forme Spasmodique**, par MAHOF et BARTHÉLEMY. *Gazette médicale de Nantes*, 16^e année, n° 43, p. 341, 3 septembre 1898.

Malade de 21 ans, ayant marché à 16 mois, santé bonne. Toutefois, augmenta-

tion très rapide du volume de la tête. Perte de connaissance subite se répétant un grand nombre de fois, sans convulsions. Impossibilité de marcher jusqu'à l'âge de 7 ans. A cet âge il commence de nouveau à marcher, mais présente en même temps des mouvements involontaires.

Etat actuel. — Pas de paralysie véritable, état spasmodique dans les muscles, intégrité de la sensibilité, absence de troubles trophiques; spasmes au cours de la miction, conservation de l'intelligence, amélioration progressive.

L'auteur pense qu'il s'agit d'un cas de diplégie cérébrale avec lésion prédominante dans la région des lobules paracentraux.

A. HALIPRÉ.

340) **De la Paralysie de la Divergence**, par Louis Dor. *Lyon médical*, 30^e année, n° 38, p. 72, 18 septembre 1898.

L'auteur établit d'abord que la divergence est un mouvement actif, à l'encontre de ce que l'on croit habituellement, la divergence étant considérée comme un relâchement de la convergence. L'existence d'un mouvement actif de divergence est tiré de trois ordres de preuves : 1° Le parallélisme des yeux n'est pas leur position de repos; 2° nous pouvons diverger d'une façon active d'un angle de 7°; 3° la divergence existe dans la série animale.

Huit observations ont été antérieurement publiées par quatre observateurs différents qui se rangent à cet avis, contraire à l'opinion classique, qu'il existe un mouvement actif de divergence. Cette notion a une grande importance, car il faudra appliquer un traitement différent aux strabismes selon qu'on les considère comme étant la conséquence de phénomènes spasmodiques ou paralytiques.

A. HALIPRÉ.

341) **Syringomyélie et Sarcomatose de la Moelle** (Contribution à la pathogénie des excavations intra-médullaires), par S. ORLOWSKI. *Archives de Neurologie*, n° 33, septembre 1898, p. 161-189 (4 fig. dans le texte).

Histoire d'une jeune fille de 14 ans qui présenta les symptômes suivants dont l'évolution totale a duré un an; au début, douleurs dans les reins, paralysie de la jambe gauche, puis des deux membres inférieurs, anesthésie de la moitié inférieure du corps remontant jusqu'à la 4^e dorsale, surmontée d'une zone d'hyperesthésie. Troubles du sphincter vésical.

A la fin de la maladie, paralysie totale des membres inférieurs, amyotrophie; parésie des membres inférieurs plus prononcée dans les segments périphériques, paralysie des muscles de la moitié inférieure du tronc; diplopie, vertiges, céphalée intense, dyspnée, déglutition gênée, paralysie bilatérale du voile du palais, paralysie du facial droit à type périphérique.

A l'autopsie, les lésions observées ont été : 1° Une néoformation sarcomateuse ayant pris naissance apparemment dans la pie-mère spinale et détruit toute la partie inférieure de la moelle en perçant la paroi vertébrale. A partir de la neuvième, racine la néoformation s'est développée dans deux directions. La masse principale s'est jetée dans l'espace subdural pour former à la moelle un manchon et pénétre par places dans sa substance; l'épaisseur de ce manchon est variable, elle atteint son maximum à la partie inférieure du renflement cervical. L'autre voie que suit la néoformation est la partie centrale de la moelle : elle y a poussé en forme de colonne assez nettement limitée, occupant presque toute la région dorsale; la colonne est creuse, on y voit une cavité à parois conjonctives.

2° La substance centrale de la moelle cervicale (au niveau des premières racines) présente aussi une excavation indépendante de la néoplasie sarcomateuse; cette cavité

débute dans une gliose visible dans toute la hauteur de la moelle sous forme de tache dans le cordon postérieur.

Les deux cavités ne sont point revêtues de cellules épithéliales et n'ont guère de connexion avec le canal central, ce dernier offre cependant des anomalies. Il est multiplié en plusieurs endroits.

En outre, la moelle présente une hyperhémie veineuse très accentuée et un œdème du tissu nerveux atteignant son plus haut degré dans la région cervicale, au-dessous de la cavité inférieure.

Dans le bulbe, il y a ramollissement extrême. Dans la pie-mère de l'encéphale et du cervelet, quelques métastases du sarcome.

On rencontre dans la science d'autres cas analogues, mais présentant cependant d'assez grandes dissemblances avec celui rapporté par O. Cet auteur se demande quelles sont les connexions qui existent entre les deux processus syringomyélique et sarcomateux. Kronthal a publié une observation analogue, et il attribuait la syringomyélie à la stase sanguine ou lymphatique produite par l'augmentation de la pression intra-médullaire. Le cas de O. vient à l'appui de cette théorie.

PAUL SAINTON.

342) De la douleur dans la Syringomyélie (sa valeur comme symptôme initial), par M. ROSENTHAL. *Thèse de Paris*, 1898 (58 p., bibl., 6 obs. dont 2 pers.) Chez Carré et Naud.

La douleur est un des symptômes de début les plus importants dans la syringomyélie. Elle présente des caractères spéciaux. Elle est profonde, elle est sourde, consistant en sensation de faiblesse, de fourmillement, d'engourdissements, de froid. Elle apparaît longtemps avant les autres symptômes. Sa localisation est variable suivant le siège initial, l'étendue, le sens de la propagation de la lésion : étant donnée la prédilection de celle-ci pour la région cervicale, les douleurs siègent le plus souvent aux membres supérieurs en irradiant au thorax, à l'épaule, au membre supérieur, à la partie postérieure du cou. Ces douleurs présentent une exacerbation notable sous l'influence du froid. Fait bizarre, les syringomyéliques, qui ne sentent plus le froid et le chaud, perçoivent très bien l'influence exercée par le froid sur l'intensité de leur douleur et y réagissent en frictionnant la partie douloureuse ou en l'exposant à un feu vif.

PAUL SAINTON.

343) Deux observations d'Athétose (Athétose à forme paraplégique congénitale. Hémi-athétose de l'enfance), par PINATTELL (de St-Étienne). *La Loire médicale*, 17^e année, n° 9, p. 242, 15 septembre 1898.

Obs. 1. — Homme de 45 ans, entré à l'hôpital pour des accidents urémiques, présente un tremblement athétoïde continu à oscillations lentes, ne laissant aucun repos aux orteils ; ce tremblement est congénital. Pas de crises convulsives dans l'enfance. Naissance à terme. Marche retardée. Développement intellectuel inférieur à la moyenne.

A noter comme particularité : diminution des réflexes, secousses musculaires et fibrillaires évoquant l'idée du paramyoclonus.

Obs. 2. — Hémi-athétose observée chez un homme de 43 ans, classé à l'hôpital parmi les incurables. Sur les troubles moteurs est greffée une hémianesthésie sensitivo-sensorielle à peu près complète.

A. HALIPRÉ.

344) Symptômes précoces du Mal de Pott chez le Nourrisson, par PERRIN. *Thèse de Paris*, 1898, (72 p., 8 obs.). Chez Carré et Naud.

Le mal de Pott est rare chez le nourrisson : sa fréquence augmente à mesure

que l'enfant commence à marcher, c'est-à-dire qu'il est plus exposé à une contamination accidentelle par les bacilles. Son début est insidieux et l'impossibilité d'avoir des renseignements par le malade augmente beaucoup les difficultés du diagnostic ; aussi le plus souvent la maladie est-elle révélée par l'apparition d'un abcès par congestion ou d'une gibbosité : la paraplégie est exceptionnelle aussi bien au début qu'au cours de l'évolution de la tuberculose rachidienne. Les signes qui accompagnent l'apparition du mal de Pott chez le nourrisson sont des troubles gastro-intestinaux, particulièrement des vomissements et de la diarrhée parfois paroxystique. L'attention du médecin devra être attirée sur la colonne vertébrale, quand l'enfant souffre plus particulièrement quand on le soulève en le saisissant par le haut du thorax ou les aisselles, ou quand on le prend subitement de son berceau : l'enfant devient beaucoup plus tranquille dans ces cas, quand on le place dans le décubitus horizontal. Enfin parfois, des secousses douloureuses réveillant l'enfant la nuit peuvent mettre sur la piste de la maladie. Une fois l'attention attirée sur le rachis, la présence de modifications dans sa sensibilité à la pression et dans sa motilité ne laisseront aucun doute sur l'existence de la tuberculose des corps vertébraux.

PAUL SAINTON.

345) Valeur séméiologique de l'exagération des Réflexes dans le Mal de Pott, par J. GIACOMETTI. *Thèse de Paris*, 1898 (71 p., 27 obs. dont 19 personnelles). Chez Jouve.

L'exagération des réflexes est un des signes précoces du mal de Pott : la moindre compression médullaire, la plus petite vascularisation anormale de la moelle déterminée par la pachyméningite tuberculeuse suffit pour entraîner une hyperexcitabilité des centres médullaires qui se traduit par ce symptôme. L'exagération de la réflexivité se montre non seulement chez les sujets qui n'ont que des douleurs fugaces ou une impotence légère, mais encore en recherchant ce signe chez tous les sujets atteints du mal de Pott, même chez ceux qui ne se plaignent d'aucun trouble dans les membres on le constate presque toujours. Ce symptôme n'implique nullement un pronostic grave, il indique seulement que la moelle est atteinte ; il persiste d'ailleurs alors même que les troubles moteurs se sont évanouis ; il y a dans ce sens une sorte d'hyperexcitabilité acquise des centres médullaires qui président aux mouvements réflexes.

PAUL SAINTON.

346) Sur une variété de Paralyse associée du Muscle Grand Dentelé (grand dentelé et trapèze scapulaire), par A. SOUQUES et PIERRE DUVAL. *Nouv. Iconographie de la Salpêtrière*, t. XI, n° 6, 1898 (avec 15 photogr.).

Cet important travail fait connaître l'histoire clinique très détaillée d'une paralysie du grand dentelé associée à celle de la portion scapulaire du trapèze, survenue chez un homme de 45 ans, à la suite d'un violent effort pour soulever un objet très pesant.

Les auteurs, après avoir analysé le mécanisme traumatique de l'accident, font un examen minutieux des modifications morphologiques et physiologiques survenues depuis lors.

Ils sont conduits à passer en revue les notions anatomiques et physiologiques courantes au sujet des muscles intéressés et de leur innervation.

Ils comparent leur cas avec les exemples similaires antérieurement publiés.

De là, un chapitre de pathogénie particulièrement documenté et édifiant.

Leurs conclusions, qui viennent élucider un point obscur du fonctionnement, de l'innervation et des paralysies des muscles scapulaires, sont à citer intégralement :

« 1° Il existe une variété particulière de paralysie associée du muscle grand dentelé et du trapèze scapulaire (portion moyenne et inférieure du trapèze) qui, par sa fréquence, son mécanisme et ses caractères cliniques, mérite une place dans le cadre des paralysies du grand dentelé.

2° Le *trapèze scapulaire* forme un muscle distinct, anatomiquement, physiologiquement et pathologiquement, du *trapèze claviculaire*.

3° Le trapèze scapulaire est synergique du grand dentelé. La synergie fonctionnelle de ces deux muscles explique probablement leur solidarité pathologique.

4° Leur association paralytique semble en effet déterminée, dans certains cas, par leur contraction simultanée, capable de produire un tiraillement de leurs nerfs respectifs.

5° Les caractères de cette paralysie associée varient suivant l'attitude du bras.

— Si le bras est au repos, on constate des déformations scapulo-humérales peu accusées, qui sont :

- a) l'abaissement du moignon de l'épau,
- b) l'élévation en masse de l'omoplate,
- c) l'obliquité de son bord spinal,
- d) l'éloignement de ce bord spinal par rapport à la ligne médiane,
- e) l'écartement de ce même bord par rapport au thorax.

— Si le bras s'élève volontairement, les principaux troubles de la région scapulo-humérale sont très accusés et consistent dans :

- a) l'impossibilité d'élever le bras au delà de la ligne horizontale,
- b) l'élévation en masse de l'omoplate,
- c) l'obliquité de son bord spinal,
- d) le rapprochement de ce bord spinal par rapport à la ligne médiane,
- e) la situation en aile du scapulum.

6° A côté de ces déformations scapulo-humérales, il existe des déformations de la paroi thoracique, qui surviennent dans l'élévation du bras et consistent essentiellement en une asymétrie du thorax (modifications du creux de l'aisselle et voussure de la paroi thoracique proprement dite, du côté paralysé). »

HENRY MEIGE.

347) **Nouveaux faits relatifs à l'étude des Névrites Périphériques dans leurs rapports avec le Rhumatisme Chronique déformant**, par A. PITRES et G. CARRIÈRE. *Archives cliniques de Bordeaux*, 7^e année, n° 8, p. 408, août 1898.

Les relations du rhumatisme chronique déformant avec les lésions nerveuses, ne sont pas encore élucidées. On tend à admettre cependant que la polyarthrite rhumatismale chronique est sous la dépendance immédiate d'une lésion du système nerveux provoquée peut-être elle-même par des altérations microbiennes ou toxiques. La clinique plaide en faveur de cette interprétation. Au point de vue anatomo-pathologique, le relevé des résultats publiés donne : 3 observations avec intégrité du système nerveux central et périphérique ; 1 observation avec méningite spinale ; 13 observations avec névrite périphérique ; 6 observations avec lésions médullaires. Dans ces derniers cas, les lésions périphériques étaient d'ailleurs prononcées et il devient difficile d'affirmer quelle fut la lésion première en date.

Les auteurs publient deux nouveaux cas avec lésions périphériques et intégrité du système nerveux central.

La conclusion générale est que les névrites jouent un rôle dans la production et la localisation des altérations trophiques du rhumatisme chronique ; elles sont elles-mêmes un effet de lésions antérieures des tissus ou des humeurs sur la nature desquelles on ne peut encore se prononcer.

A. HALIPRÉ.

348) **Les Manifestations Nerveuses de la Blennorrhagie**, par LUSTGASTEN.

Thèse de Paris, 1898 (185 p. 56 obs., bonne bibliogr.). Chez Steinheil.

L'auteur fait une étude générale des principales complications de la blennorrhagie relevant du système nerveux. Il groupe tous ces accidents sous sept rubriques différentes : accidents cérébraux, médullaires, névroses, névrites périphériques, névralgies, troubles des organes des sens et déterminations cutanées que nous allons passer successivement en revue.

a) Les accidents cérébraux constituent une rareté, ils se présentent sous quatre formes différentes : forme délirante, forme de folie, forme méningitique, forme apoplectique. Le pronostic est variable : bénin dans les deux premières formes il est très grave dans les secondes.

b) Les accidents médullaires revêtent la forme de méningo-myélite diffuse, siégeant le plus habituellement dans la région dorso-lombaire et assombrissant en général le pronostic de la maladie.

c) Les troubles portant sur les nerfs périphériques consistent en névrites, tantôt localisées aux membres inférieurs, tantôt généralisées, parfois revêtant l'aspect de névro-tabes ou portant exclusivement sur le nerf acoustique ou le nerf optique ; le traitement bien dirigé peut en général venir à bout de ces manifestations.

d) On rencontre souvent au cours de la blennorrhagie un état neurasthénique persistant. Les autres névroses y sont exceptionnelles, on a cependant signalé l'hystérie et la chorée.

e) Des névralgies diverses se montrent dans le cours de la blennorrhagie, celle qui occupe le premier rang est la sciatique en général bénigne et de courte durée, ne récidivant pas s'il ne survient pas chez le même sujet une infection gonococcique.

f) En dehors des complications qui portent sur le nerf optique ou acoustique, il faut signaler la conjonctivite, l'iritis, l'aquocapsulite, la dacryocystite, la ténionite.

g) Les lésions cutanées, qui sont des lésions d'origine angionerveuse ou des troubles trophiques dus à la toxine gonococcique, sont représentées par les érythèmes, le purpura et les formes cutanées.

PAUL SAINTON.

349) **Contribution à l'étude de la Névrite Amyotrophique des Tuberculeux**, par A. ASTIÉ. *Thèse de Paris*, 1898 (85 p., 17 observations dont 2 personnelles).

Au cours de la tuberculose on peut observer des névrites périphériques ; ces névrites se montrent sous deux types : un type sensitif et un type sensitivo-moteur ou amyotrophique. Ce dernier peut affecter une marche rapidement mortelle et présenter le tableau de la poliomyélite antérieure aiguë de l'adulte ; d'autres fois sa marche est lente, la névrite est localisée et est susceptible de guérison. Les expériences montrent que les lésions de cette névrite sont causées par l'action sur les terminaisons nerveuses des toxines sécrétées par le bacille de Koch au niveau des lésions tuberculeuses. Au point de vue anatomo-pathologique, la méthode de Nissl permet de déceler dans les cellules motrices des cornes anté-

rieures correspondant aux nerfs lésés, des lésions analogues à celles décrites sous le nom de phénomènes de chromatolyse. PAUL SAINTON.

350) **Névrite au cours de l'Ictère infectieux**, par NATTAN LARRIER et JEAN M. ROUX. *Archives générales de médecine*, 1898, p. 350, n° 9.

P..., âgé de 15 ans, est pris le 25 juillet de symptômes fébriles et gastro-intestinaux, vomissements et diarrhée, pris le 26 de délire nocturne. Le 27, douleurs vives dans les jambes et au niveau des pieds ; le malade est incapable de se tenir debout ou de marcher ; état général grave, teint subictérique. Le 28, ictère net. Le 29, état presque typhoïde, selles décolorées ; tous les mouvements sont douloureux y compris les mouvements respiratoires ; il n'y a de paralysie qu'aux membres inférieurs, surtout à gauche ; pieds tombants, déviés en varus. Douleur à la pression sur le trajet du sciatique, surtout sur le sciatique poplité externe ; douleur à la pression des masses musculaires. Les réflexes rotuliens d'abord normaux, disparaissent à partir du 31. Rate grosse, foie gros, dilatation du cœur droit. Pas de troubles objectifs de la sensibilité.

A partir du 1^{er} août, la température qui oscillait autour de 39°, commence à tomber en lysis. L'état général s'améliore. Le 3, la crise urinaire commence et les phénomènes névritiques eux-mêmes s'atténuent. Le 4, purpura discret, notamment au voisinage de la région inguinale et sur la poitrine. Les réflexes et les mouvements reviennent très rapidement. Le 16, il ne reste plus trace ni de l'ictère, ni des névrites.

Les auteurs rapprochent cette intéressante observation de celles de Kausch, de Gerhardt, de Stéel, et rapportent leur cas à une petite épidémie d'origine tellurique. P. LONDE.

351) **Hémihypertrophie Faciale**, par J. SABRAZÈS et C. CABANNES (de Bordeaux). *Nouv. Iconographie de la Salpêtrière*, t. XI, n° 5, 1898 (2 fotogr.) (observation, bibliographie).

Monographie détaillée sur l'hémihypertrophie de la face.

1^o Il faut distinguer d'abord l'hémihypertrophie faciale congénitale, la plus fréquente, signalée en 1836 par Bœck (17 observations connues, reproduites ou résumées dans le présent travail).

Une observation inédite de S. et C. :

Enfant de 3 ans, sans antécédents pathologiques, atteint d'hémihypertrophie de la face du côté droit, frappant les os, les parties molles, et la langue. Asymétrie crânienne. Dilatations veineuses sur la face interne de la joue. Salivation. Sensibilité légèrement émoussée ; rougeur. La main droite un peu plus développée que la gauche. Intelligence moyenne.

Passant en revue les exemples publiés et les théories pathogéniques proposées, les auteurs s'arrêtent à la formule suivante :

L'hémihypertrophie congénitale de la face a la signification d'une anomalie par excès dans le développement des bourgeons faciaux, quelle que soit du reste la cause déterminante de cette anomalie.

L'hypothèse émise par Fischer d'un vice de poumon du fœtus, gênant la circulation de retour, suscitant l'apparition d'ectasies vasculaires, et d'une hypernutrition avec hypergenèse locale, semble vraisemblable.

2^o Il existe aussi une hémihypertrophie faciale acquise, signalée par Stilling en 1840 (5 observations).

La maladie survient à la suite d'un traumatisme, d'une névralgie trigémellaire, d'un abcès, etc. Ces causes diverses pour un nombre de cas aussi res-

treint ne permettent pas d'invoquer une pathogénie univoque, jusqu'à plus ample informé.

Une bibliographie très complète accompagne cet intéressant travail.

HENRY MEIGE.

352) **Contribution à la Pathogénie de l'Ostéo-Arthropathie Hypertrophiante Pneumique**, par COMBEMALE et SONNEVILLE. *Echo médical du Nord*, n° 100, p. 610, 11 décembre 1898.

Sujet de 41 ans, atteint de tuberculose pulmonaire confirmée à la première période, présentant la déformation des extrémités des doigts dite en *baguette de tambour*. La déformation paraissant hors de proportion avec l'étendue et la durée des lésions pulmonaires, les auteurs la font dépendre d'une fracture double des poignets remontant à deux ans, antérieure de six mois au début présumé de la tuberculose. Se basant sur ce fait les auteurs pensent que la pathogénie pneumique de l'ostéo-arthropathie ne peut être acceptée dans tous les cas indistinctement.

A. HALIPRÉ.

353) **Un cas de Spondylose Rhizomélisque**, par E. FEINDEL et P. FROUSSARD. *Nouv. Iconographie de la Salpêtrière*, t. XI, n° 5, 1898 (11 photogr., 6 dessins).

P. Marie a décrit sous ce nom une affection caractérisée objectivement par la soudure de toutes les pièces du rachis, accompagnée d'une ankylose plus ou moins complète des articulations de la racine des membres. Aux 6 observations déjà connues de cette maladie peut s'ajouter celle de F. et F.

Le malade en question, dès l'âge de 23 ans, a commencé à souffrir de douleurs dans les cuisses, les régions sacrées et lombaires. Puis les mouvements sont devenus pénibles, raides, de plus en plus limités : mouvements des cuisses, du tronc, du cou, de la mâchoire.

La soudure est arrivée peu à peu, et actuellement elle est complète dans les régions atteintes ordinairement par la spondylose rhizomélisque.

F. et F. examinent minutieusement toutes les attitudes de leur malade dans les différents modes de station et de marche.

La soudure du rachis est complète. Elle a débuté par la région sacro-lombaire pour atteindre peu à peu le cou. La tête ne pivote plus sur son axe ; il y a un léger torticolis.

La cuisse gauche est immobilisée en légère flexion.

À droite, quelques mouvements sont encore possibles. Grâce à la mobilité de l'omoplate, la soudure des articulations de l'épaule ne semble pas trop gêner les mouvements des bras.

Les coudes, les genoux et toutes les petites articulations sont indemnes.

Il existe en outre un aplatissement du thorax, une soudure des articulations costales.

Enfin, de l'atrophie musculaire, irrégulièrement répartie, surtout thoraco-scapulaire. Sur le visage, du vitiligo.

Les auteurs ont étudié les anomalies de la marche, du décubitus, de la station, et reproduit photographiquement les différentes attitudes du malade.

Ils font suivre cette intéressante observation d'un résumé des travaux parus sur la spondylose rhizomélisque, et comparant le cas actuel à ceux qui ont été déjà décrits, font ainsi la confirmation de leur diagnostic.

Les traitements essayés n'ont amené aucune amélioration. On doit cependant conseiller aux malades une gymnastique de mobilisation qui peut retarder les progrès de la soudure.

HENRY MEIGE.

354) **De la Myosite Ossifiante Progressive**, par A. WEIL et J. NISSIM. *Nour. Iconographie de la Salpêtrière*, t. XI, nos 3, 4, 5, 6, 1898. (Avec de nombreuses figures et planches phototypiques; bibliogr.)

Ce volumineux mémoire constitue la plus complète monographie publiée jusqu'à ce jour sur la myosite ossifiante progressive. Les auteurs ont recueilli toutes les observations connues, au nombre de 50, en y ajoutant une observation nouvelle très détaillée; ils ont résumé certaines d'entre elles, reproduit in extenso les principales. La description nosographique de la myosite ossifiante progressive est faite systématiquement dans chacun de ses chapitres: historique, étiologie, anatomie pathologique, symptomatologie, diagnostic, etc.

Enfin, la plupart des exemples photographiés ou dessinés sont reproduits avec les observations. Bibliographie très complète.

Voici les conclusions de cet important travail:

1° La myosite ossifiante progressive est une affection de tout l'appareil locomoteur; elle se caractérise par le dépôt de masses osseuses dans le tissu conjonctif des muscles, dans les tendons, les aponévroses, les ligaments et les os;

2° Anatomiquement, la maladie de Munchmeyer offre trois stades: stade d'infiltration embryonnaire, stade d'induration fibreuse et stade d'ossification; cliniquement ces trois périodes sont moins distinctes, elles se confondent successivement l'une dans l'autre;

3° La myosite ossifiante peut se montrer à un âge avancé, mais elle est surtout dans l'enfance;

4° Elle est plus fréquente chez les garçons que chez les filles, dans la proportion de trois pour une;

5° Les races germanique et saxonne sont plus prédisposées que les autres;

6° La myosite ossifiante progressive semble provenir d'une lésion des centres nerveux; le processus ossifiant constitue un trouble trophique particulier;

7° Le début de la maladie se présente sous deux formes distinctes: il est aigu avec léger mouvement fébrile ou chronique d'emblée;

8° La maladie débute en général par la nuque ou la partie supérieure du dos;

9° Elle détermine secondairement l'atrophie des muscles; elle ankylose les articulations dont la position est régie par l'action des muscles les premiers atteints;

10° Il est des muscles qui sont très fréquemment envahis par les ossifications (dos, nuque, poitrine, etc.), d'autres le sont rarement (paroi abdominale), quelques-uns le sont exceptionnellement (muscles de la mimique, du pharynx, etc.); enfin il en est qui ne le sont jamais (cœur, diaphragme, sphinctères);

11° L'affection offre un épaississement de tout le système conjonctif de l'appareil locomoteur;

12° Elle progresse par poussées aiguës entrecoupées de pauses apparentes plus ou moins longues. Les traumatismes jouent un certain rôle dans l'éclosion des poussées, de même qu'ils déterminent parfois la localisation des premiers phénomènes de la maladie;

13° La myosite ossifiante progressive s'accompagne très souvent d'une anomalie congénitale (microdactylie, absence de phalanges, ankylose des doigts);

14° Le traitement médical est nul; le traitement chirurgical au début reste sans résultats éloignés, la récurrence de la tumeur est la règle. HENRY MEIGE.

- 355) **Myosite gommeuse avec Paralysie des Extenseurs du Bras droit**, par SPILLMANN. Société de médecine de Nancy. *Revue médicale de l'Est*, 25^e année, t. XXX, n° 18, p. 566, 15 septembre 1898.

Homme de 53 ans, alcoolique, syphilitique depuis deux ans, non traité. Il présente à la face antérieure du bras gauche quatre gommès saillantes, indolores, d'une teinte rouge cuivré; l'une de ces gommès s'est à peu près vidée. D'autres lésions analogues existent à la jonction du tiers moyen et du tiers inférieur du bras gauche, à la partie supérieure de l'avant-bras droit; au tiers inférieur de la jambe gauche, à la malléole gauche.

La lésion la plus intéressante est située au quart supérieur de l'avant-bras droit. Elle forme une saillie ovoïde, oblongue, douloureuse à la pression. Le malade est atteint de paralysie des extenseurs.

Amélioration très notable de la lésion locale et des phénomènes de paralysie après un traitement mixte de trois semaines. (Injections d'huile grise; KI.)

A. HALIPRÉ.

- 356) **Radiographie d'Ossifications du Brachial antérieur**, par OLLIER. *Lyon médical*, 30^e année, n° 47, p. 380, 20 novembre 1898.

Les ossifications du brachial antérieur consécutives à la luxation du coude chez les jeunes gens ne sont pas rares. C'est en levant l'appareil qu'on constate que les mouvements de flexion et d'extension sont impossibles. La palpation et la radiographie permettent de reconnaître l'existence d'une jetée osseuse dans le brachial antérieur. Ces ossifications peuvent disparaître spontanément chez les jeunes sujets. Après 25 ans l'intervention devient indispensable.

A. HALIPRÉ.

- 357) **Du Zona et en particulier du Zona Facial dans la Paralyse Générale**, par G. DUPAU. *Thèse de Paris*, 1898, 43 p., 3 obs. Chez Jouve.

Le zona et, en particulier, le zona facial peut précéder d'un temps plus ou moins long la paralysie générale : il peut être dû alors : a) à une lésion précoce de l'axe cérébro-spinal; b) à une de ces lésions périphériques qui, atteignant le nerf ou le ganglion, peuvent être un symptôme précoce de la paralysie générale. Dans ce dernier cas l'auteur admet que la lésion périphérique est due à la pachyméningite, qui produirait secondairement des lésions dans le ganglion de Gasser ou le trijumeau, lésions qui sont suivies de la manifestation cutanée.

PAUL SAINTON.

- 358) **Coincidence du Tabes de la Maladie de Basedow et du Mal Comitial**, par INGELTRANS. *L'Écho médical du Nord*, n° 98, 2^e année, p. 580, 27 novembre 1898.

L'observation peut se résumer ainsi : goitre exophtalmique ancien ayant augmenté il y a 10 ans, époque du début de l'ataxie locomotrice avec crises comitiales. La coexistence de l'épilepsie avec la maladie de Basedow n'est pas rare. Ce qui est plus rare c'est l'association du tabes et du goitre exophtalmique. L'A. passe en revue les opinions antérieurement émises sur la localisation bulbo-protubérantielle des lésions du goitre. Si l'on accepte cette localisation, on peut penser à l'extension bulbaire des lésions spinales du tabes comme cause du développement du goitre. Toutefois l'A. penche simplement vers l'association sans plus, l'ignorance où nous sommes de la pathogénie du goitre motivant cette sage réserve.

A. HALIPRÉ.

359) **Contribution à l'étude clinique et pathogénique du Syndrome de Basedow**, par BOURGRAFF. *Thèse de Paris*, 1898 (43 p.). Chez Jouve.

Après avoir passé en revue les théories déjà nombreuses émises sur la pathogénie de la maladie de Basedow, l'auteur se rattache à la conception suivante : l'état d'irritabilité du cœur se traduisant par de la tachycardie, l'ectasie des vaisseaux du cou, l'exorbitis, les troubles vaso-moteurs, l'augmentation de la calorificité, tous ces phénomènes plaident en faveur d'une lésion du sympathique. Ces troubles nerveux eux-mêmes dépendent d'une perversion de la sécrétion thyroïdienne, d'une sorte de « parathyroïdisation » ayant sa source dans une déséquilibre fonctionnelle des centres bulbo-protubérantiels qui président à la sécrétion glandulaire et aux autres fonctions du système vaso-moteur.

PAUL SAINTON.

[Quelle que soit l'opinion que l'on ait sur les idées de l'auteur, qu'il nous soit permis de faire remarquer que le mot de parathyroïdisation employé dans le sens de perversion de la sécrétion thyroïdienne nous paraît mal choisi, parce qu'il peut causer des confusions, en évoquant l'idée d'une sécrétion des glandes parathyroïdiennes. — P. S.]

360) **Exophtalmie intermittente**, par GAYET. *Lyon médical*, t. LXXXIX, n° 42, p. 204, 16 octobre 1898.

Malade qui, deux semaines après son dixième accouchement, eut une projection de l'œil droit. Il y avait eu antérieurement à plusieurs reprises une exophtalmie double d'une durée de quelques minutes. Cette fois l'œil droit fut seul atteint et ne se réduisit point. Affaiblissement progressif de la vision, puis disparition complète.

L'œil présente une exophtalmie énorme avec chémosis, fixité du globe, intégrité de la cornée, hémorragies rétinienne multiples. Ces faits d'exophtalmie intermittente ont été attribués à des dilatations veineuses intra-orbitaires. Gayet pense qu'il y a eu dans son cas vaso-dilatation artérielle brusque ou rupture de l'artère ophtalmique dans le sinus.

A. HALIPRÉ.

361) **La Maladie du Sommeil (2 observations)**, par LE DANTEC. *Archives cliniques de Bordeaux*, 7^e année, n° 9, p. 460, septembre 1898.

Étude d'ensemble sur une maladie curieuse spéciale à la côte occidentale d'Afrique et sévissant sur la race nègre.

Domaine géographique. — Côte occidentale d'Afrique. Antilles.

Causes prédisposantes. — 1^o Race noire ; métis des nègres. 2^o Sexe : plus fréquente chez la femme en Afrique, elle serait au contraire plus fréquente chez l'homme aux Antilles. 3^o Age : 12 à 18 ans.

Nature de la maladie. — 1^o Piqûre de raie : C'est une croyance populaire peu acceptable car la maladie existe en certains pays où la raie ne se rencontre pas. 2^o Nostalgie : Cause prédisposante mais non indispensable. 3^o Excès alcooliques. 4^o Insulations. 5^o Paludisme. 6^o Empoisonnement. 7^o Intoxication alimentaire. 8^o Polyencéphalite. 9^o Ophtalmoplégie nucléaire, sont autant de causes auxquelles on a tour à tour attribué la maladie sans qu'il soit possible de les accepter sans réserves.

Stephen Mackenzie et Manson ont trouvé dans un cas des filaires en nombre considérable dans le sang. Cette observation et plusieurs autres analogues font penser actuellement qu'il s'agit bien d'anguillules dont les embryons pénétreraient dans le torrent circulatoire. Ils ne produiraient de symptômes que lors

qu'ils s'arrêtent dans les vaisseaux du cerveau. Les résultats de l'anatomie pathologique viennent renforcer cette hypothèse. Dans 32 autopsies on a constaté la dilatation des sinus de la dure-mère.

Étude clinique. — La maladie se présente sous deux formes : la *forme adynamique* et la *forme ataxique*.

La forme adynamique est caractérisée par un besoin invincible de sommeil qui s'accuse surtout après le repas, puis devient peu à peu permanent, saisissant le malade à n'importe quel moment des actes de la vie courante. La maladie s'accroissant, le sommeil se change en une véritable léthargie.

La forme ataxique est caractérisée par l'apparition de crises convulsives alternant avec les phases de sommeil.

Il n'y a pas d'albumine dans les urines.

Marche. Durée. — Très variables. Plusieurs mois, parfois un ou deux ans. Améliorations passagères. Terminaison presque toujours fatale.

Complications. — Hémorrhagie cérébrale. Maladies intercurrentes et en particulier éruptions très prurigineuses.

Diagnostic à faire avec le sommeil hypnotique, la somnolence et la narcolepsie hépatique, le nélavan.

Traitement à trouver.

A. HALIPRÉ.

PSYCHIATRIE

362) **Deux cas de Manie transitoire** (Due casi di mania transitoria), par A. MARIANI. *Riforma medica*, an IV, n^{os} 28, 29, 30, p. 326, 339, 351, 3, 4, 5 novembre 1898 (2 obs.).

Krafft-Ebing entend par *manie transitoire* cet état psychique morbide qui survient inopinément chez des personnes saines antérieurement et qui redeviennent telles après l'accès qui dure quelques heures et disparaît après un long et profond sommeil. Pendant l'accès la perte de la conscience est complète, et à cela correspond l'amnésie qui s'étend à toute la durée du paroxysme.

M. donne deux observations de cette manie transitoire chez deux jeunes hommes n'ayant pas d'antécédents; il élimine l'épilepsie. Si l'on considère en particulier les phénomènes caractérisant le syndrome : développement subit de l'accès, terminaison brusque de l'accès avec réintégration complète de l'intelligence, amnésie complète, on trouve qu'ils ne sont pas exceptionnels dans les formes d'aliénation non épileptique. Des guérisons rapides, instantanées, se voient dans la manie, la lypémanie, le délire hallucinatoire. Des périodes de réintégration psychique parfaite s'observent dans les folies circulaires. L'amnésie se rencontre après les accès somnambuliques des hystériques. La durée non plus n'est pas un argument péremptoire en faveur de l'épilepsie, car des cas de manie vraie, aiguë, se terminent en peu de temps. D'autre part, certains équivalents épileptiques durent plusieurs jours.

Il n'y a donc aucune raison pour faire de la manie transitoire un phénomène épileptique; cette psychose n'a pour base qu'un trouble dynamique, et l'exactitude de l'hypothèse émise par Tamburini d'une analogie entre l'état d'inconscience de la manie transitoire et les phases somnambuliques de l'hypnose est très probable.

F. DELENI.

363) **Du Délire psychique post-opératoire**, par PICQUÉ. *Annales médico-psychologiques*, août 1898 (15 p. Historique).

Sous la dénomination générale de délire post-opératoire, on doit désigner tout

trouble intellectuel qui peut survenir à la suite d'une opération, quelle que soit la forme ou l'origine réelle de ce trouble psychique. Les causes en sont : 1° les causes d'origine médicale dépendant d'une affection antérieure ; 2° le délire toxique (alcoolique) ; 3° les délires par intoxication médicamenteuse (chloroforme, iodoforme) ; 4° Les délires septicémiques ; 5° délire psychique proprement dit. — C'est ce dernier que P. décrit spécialement en donnant le résumé de quelques cas de manie et de mélancolie post-opératoires. Les malades sont presque tous des héréditaires.

Les accès maniaques apparaissent en général du 4^e au 5^e jour ; rarement à la 3^e semaine ; ils guérissent en général rapidement, parfois cependant ils passent à l'état chronique. Les états dépressifs sont plus souvent assez tardifs ; ils sont consécutifs surtout à certaines opérations qu'on peut qualifier de déprimantes (amputation, castration, varicocèle, taille, anus contre nature).

P. attire l'attention sur certains prédisposés hypochondriaque qui deviennent les persécutés-persécuteurs des chirurgiens qui les ont opérés.

A la suite de ce travail, rapport présenté à la Société de chirurgie, sont résumées les différentes communications faites dans les séances des mois de mars, avril et mai.

TRÉNEL.

364) Des Psychoses post-opératoires. Du rôle que la nature de l'Opération chirurgicale peut jouer dans leur production, par PICQUÉ et BRIAND. *Annales médico-psychologiques*, octobre 1898 (25 p., 12 obs.).

Cet article complète le précédent : les auteurs contestent l'influence spéciale des opérations gynécologiques, des ablations des ovaires en particulier, sur le développement de ces psychoses. D'ailleurs les observations connues sont en majorité incomplètes et inutilisables, parfois elles sont faussement dénommées (délires infectieux donnés comme folies post-opératoires). Le plus grand nombre des faits se rapporte à des prédisposés.

Les auteurs donnent plusieurs observations typiques démontrant que bien rarement l'opération est cause directe du trouble mental.

Obs. I. — Un accès de mélancolie en 1884. Opérée en 1893 pour un kyste de l'ovaire, est entrée un an après volontairement à l'asile à la suite d'habitudes d'onanisme irrésistibles ayant débuté après l'opération.

Obs. II. — Femme de 42 ans. Délire mélancolique avec idées de persécution. Accuse un chirurgien de l'avoir opérée inutilement et contre son gré. (Laparotomie pour suppuration pelvienne.)

Obs. III. — Mélancolie avec idées de persécution (chez un malade atteint de tuberculose articulaire récidivant après une première opération).

Obs. IV. — Suicide pour un motif futile le lendemain d'une laparotomie pour grossesse tubaire.

Plusieurs observations de malades qui se font opérer sous l'influence d'obsessions (double amputation pour névralgie mammaire simulée, amputation de doigts à la suite de plaies volontaires que les malades se sont faites dans le but de se faire opérer), d'hypochondriaques qui cherchent à tromper le chirurgien pour être opérés.

TRÉNEL.

365) Sur la « Moral Insanity » (Ueber « moral insanity »), par ERDMANN MÜLLER (Dalldorf). *Arch. f. Psychiatrie*, t. XXXI, f. 1 et 2, 1898 (50 p. Historique).

La symptomatologie de la *moral insanity* est dominée par l'absence ou la faiblesse des sentiments affectifs ; cette insensibilité morale se montre dès l'enfance

et on peut énumérer ici tous les instincts pervers comme en étant la marque. On peut toujours noter aussi de la faiblesse intellectuelle ou, au moins, des lacunes de l'intelligence ; les malades les plus intelligents n'ont jamais que des talents partiels ; ils sont toujours incapables de se conduire. Ils ont une tendance marquée à l'exagération, au mensonge (*pseudologia phantastica* de Delbrueck). Ils couvrent leurs récits d'une apparence de logique. Ils n'ont pas de véritable délire ; doit-on considérer comme tel leur invraisemblable vanité qui devient parfois une sorte de délire de grandeurs, leur haine pour leur entourage qui prend une forme de délire de persécution ? Leur égoïsme, leur instabilité en font des êtres insociaux, les conduisent à toutes sortes de délits, au vagabondage, etc. Leurs actes ont un caractère d'impulsivité irrésistible. Enfin on peut noter chez eux une grande variété de troubles nerveux et psychiques (hystérie, épilepsie, tics, etc.), de malformations physiques.

Étiologiquement, la dégénérescence paraît être le facteur principal. L'influence du milieu est secondaire dans cette perversion congénitale, dont il peut bien distinguer la perversité acquise.

La maladie est chronique, avec des rémissions et des exacerbations possibles, surtout à certaines périodes de la vie (puberté, mariage, etc.). Elle est incurable : bien des délinquants endurcis, des soldats d'une indiscipline invincible, d'enfants en correction incorrigibles ne sont que des fous moraux.

Le diagnostic se fait sur l'existence de l'anomalie depuis l'enfance (des symptômes analogues qui peuvent se rencontrer dans la paralysie générale, l'alcoolisme chronique, la démence sénile, les névroses ne constituent pas une « moral insanity »), sur la connaissance de l'hérédité, sur les stigmates physiques et mentaux de la dégénérescence.

Quoique le terme de « moral insanity » ne soit pas irréprochable, l'auteur, à défaut d'autre, le préfère à ceux de folie morale, d'imbécillité ou d'idiotie morale. On doit seulement convenir que ce terme s'applique à une maladie dégénérative.

Le traitement ne peut guère se faire que dans des établissements spéciaux, où les malades sont soumis à une discipline appropriée.

Revue historique très documentée.

TRÉNEL.

366) **Contribution à l'étude de la Physionomie chez les Aliénés**, par PAUL FARABEUF. *Thèse de Paris*, 1898 (95 p., index bibliographique).

Le premier chapitre est consacré à l'anatomie de la face, à l'étude des muscles qui entrent en jeu dans l'expression. Le second expose les principales notions que nous possédons sur la physionomie normale et sur les modifications qu'elle subit suivant les sentiments qu'elle exprime (sentiments attractifs ou de sympathie, sentiments répulsifs ou antipathie, sentiments de bonheur, sentiment de malheur). La troisième partie concerne les altérations de la physionomie chez l'aliéné. Pour l'auteur, chez ce dernier, comme chez l'individu sain, la physionomie conserve ses rapports de concordance avec les sentiments qui la provoquent et qu'elle exprime ; mais comme ces sentiments sont excessifs, injustifiés ou intempestifs, leurs manifestations physionomiques sont excessives, injustifiées, intempestives. Ce fait est très important, car ce n'est que dans la simulation que les caractères du visage ne sont point en harmonie, en concordance avec le sentiment correspondant. Il suffira quelquefois de l'apparition de quelques mouvements de la face ébauchés et fugitifs pour mettre sur la trace d'une simulation ou d'une dissimulation.

PAUL SAINTON.

367) **Consultation médico-légale au sujet d'un Internement**, par BONNET.
Ann. médico-psychologiques, novembre 1898 (15 p.).

S..., déséquilibré, persécuté-persécuteur (mis en liberté comme non dangereux par autorité de justice sur le rapport d'experts), poursuit le médecin qui a délivré le certificat au moyen duquel sa femme l'a fait interner dans un asile. Le tribunal le déboute, « attendu que l'exercice de la médecine, au point de vue scientifique, ne peut entraîner aucune responsabilité et qu'en outre, étant donnée la conformité des certificats de plusieurs médecins, on ne peut affirmer que le médecin mis en cause était entaché d'erreur.... Qu'il est sans utilité de rechercher si S... est sorti guéri ou non de l'établissement et que, par suite, la demande d'expertise formée par lui ne doit pas être accueillie. »

TRÉNEL.

368) **Guérison d'un Délire Chronique systématisé non lié à de la Dégénérescence**, par A. PARIS. *Archives de Neurologie*, 1898, n° 32, août, vol. VI, 2^e série, f. 101-103.

Observation d'une malade âgée de 44 ans, qui fut atteinte de délire systématisé de persécution et de grandeur, sans signes antérieurs de dégénérescence; ce délire absolument fixe disparut à la suite d'une fièvre typhoïde et depuis trois ans l'état mental est resté bon. Le délire systématisé chronique non associé à la dégénérescence mentale n'est incurable que parce que nous en ignorons les causes et la nature intime et, par suite, la thérapeutique. PAUL SAINTON.

369) **Sur les rapports de certaines Névroses et Psychoses avec les Affections Gastro-intestinales** (Ueber die Abhängigkeit gewisser Neurosen u. Psychosen von Erkrankungen des Magen-Darmtractus), par HERZOG (Mayence). *Arch. f. Psychiatrie*, t. XXXI, f. 1 et 2, 1898 (35 p., 14 obs.).

H. rapporte un certain nombre de faits dans lesquels des accès d'anxiété, des phobies, des obsessions, des angines de poitrine, des accès d'asthme, etc.; paraissent être sous la dépendance de troubles gastro-intestinaux des plus variés. H. propose le nom de névroses réflexes digestives, en avançant que ce n'est pas là une forme morbide nouvelle.

TRÉNEL.

370) **La Mort dans la Paralyse Générale**, par DORÉ. *Thèse de Paris*, 1898 (63 p., 14 obs.). Chez Carré et Naud.

La terminaison de la paralysie générale peut survenir par mort subite. Dans certains cas, en dehors des lésions de méningo-encéphalite chronique, on ne trouve aucune lésion susceptible d'amener la mort à elle seule, dans d'autres on trouve au contraire une affection restée latente. Dans une observation de l'auteur il s'agissait d'une méningite cérébro-spinale. La mort peut avoir lieu par suicide mais celui-ci est exceptionnel. Le plus souvent elle est la conséquence d'une complication septique, dont l'invasion est favorisée par l'altération du système nerveux. On l'a vue succéder aux attaques épileptiformes et apoplectiformes, ou à des lésions en foyer. Enfin le malade peut mourir dans la cachexie et dans le marasme.

PAUL SAINTON.

371) **Étude séméiologique de l'Agitation**, par COLOLIAN. *Annales médico-psychologiques*, juillet, septembre, novembre 1898.

Après une courte description d'ensemble des troubles élémentaires psychiques et physiques de l'agitation en général, C. étudie ce symptôme, dans chaque psychose en particulier, sous forme de revue générale.

TRÉNEL.

- 372) **Deux cas de soi-disant Folie par Transformation** (Zwei Fälle sogenannter Folie par transformation (folie en carasme), par le D^r Léo FINKELSTEIN. (Hôpital Saint Pétersbourg). *Jahrbücher für Psychiatrie*, vol. XVI, 3^e fasc., p. 390, 1897.

Après avoir résumé les rares cas publiés jusqu'ici, l'auteur donne deux observations personnelles de paranoïaques chroniques avec délire de persécution ayant « infecté » de leur délire deux autres malades « passifs » dans l'asile, comme cela se passe habituellement dans la folie à deux en dehors des asiles.

LADAME.

- 373) **Nouvelles remarques sur les symptômes observés après les tentatives de Suicide par Pendaïson** (Weitere Bemerkungen über die bei wiederbelebten Erhängten auftretenden Krankheitserscheinungen), par WOLLENBERG *Arch. f. Psychiatrie*, t. XXXI, f. 1 et 2, 1898 (p. 15, 1 obs. Bibl.).

Un homme de 39 ans, atteint depuis un an de paranoïa, fait une première tentative de suicide par pendaïson, puis une seconde. Après la première, secouru de suite, il n'a pas perdu connaissance. Dans la seconde, la pendaïson a duré environ 3 minutes : état comateux avec ralentissement et irrégularité de la respiration, parfois type de Cheyne-Stokes, secousses fibrillaires, puis fasciculaires, enfin secousses généralisées de forme tonique, allant jusqu'à l'opisthotonos. Exagération des réflexes, tremblement épileptique. Dilatation et immobilité pupillaire dans les crises ; réaction lumineuse faible dans les périodes calmes. Quelques mouvements d'apparence automatique. La connaissance revient lentement au bout de 24 heures, les réflexes redeviennent aussi normaux. On constate de la confusion des idées, mais surtout une *amnésie rétrograde* pour la dernière tentative de suicide, amnésie qui persiste jusqu'à la sortie du malade.

W. indique que l'amnésie n'a existé que pour la pendaïson suivie de perte de connaissance et non pour l'autre. Est-ce là une règle générale ? il ne sait. Les symptômes convulsifs paraissent d'origine bulbaire et protubérantielle ; les symptômes cérébraux sont dus soit à l'asphyxie, soit à l'anémie par compression des carotides. Le rôle de la compression du pneumogastrique (Kompe) reste hypothétique. W. pense qu'il faut éliminer l'hypothèse de l'hystérie, et cela, même dans certains cas où l'on peut constater quelques symptômes hystériques (son malade n'avait d'ailleurs aucun stigmate).

TRÉNEL.

THÉRAPEUTIQUE

- 374) **Exposé de faits, avec leurs déductions, consécutifs aux Opérations dirigées contre les Névralgies**, par DANDOIS (Louvain). *Bulletin de l'Académie de médecine de Belgique*, novembre 1898.

D. commence par décrire les étapes successives que la chirurgie a parcourues à la poursuite de la guérison des névralgies du trijumeau, dans le but de mettre deux faits en évidence ; le premier est que ces névralgies sont généralement d'origine centrale, le second que les interventions sur les nerfs les améliorent néanmoins presque toujours.

Il se demande alors comment la chose a lieu et il cherche à montrer que les opérations pratiquées sur les nerfs ou à la périphérie agissent favorablement dans les névralgies, en provoquant dans les ganglions d'origine des nerfs des phénomènes de réaction ou de dégénérescence.

S'appuyant sur les faits cliniques, il émet l'avis que ces phénomènes sont

passagers en général, de telle sorte que la récurrence de la névralgie coïnciderait avec la réparation des altérations du ganglion.

Dans cet ordre d'idées, il se croit autorisé à dire que les résections nerveuses ne doivent pas être, dans la thérapeutique des névralgies, préférées *a priori* aux simples sections nerveuses, et il rapporte des faits singuliers, observés par lui, pour en déduire au profit de la chirurgie des névralgies, de nouvelles et heureuses applications.

Finalement, il résume sa communication dans les conclusions suivantes :

1° Le siège presque constant des névralgies est le ganglion d'origine du nerf ; il en résulte que l'extirpation du ganglion constitue habituellement le seul procédé opératoire fournissant une guérison radicale ;

2° Si les sections et les résections du nerf procurent cependant, sinon la guérison, au moins un effet utile incontestable dans les névralgies, c'est en provoquant une réaction à distance dans le ganglion ;

3° Cette réaction peut être considérée comme passagère, le ganglion et le bout central du nerf récupérant leur intégrité après un temps déterminé, comme le laissent supposer la récurrence de la névralgie d'une part, et la possibilité de retrouver, au moyen d'une nouvelle opération pratiquée sur le bout central, d'autre part, le même effet utile que la première fois ;

4° Abstraction faite de l'intensité de la réaction produite dans le ganglion et, par conséquent, de la somme d'effet utile obtenu, le genre de trauma subi par le nerf a peu d'importance ; pour cette raison, les simples sections nerveuses sont préférables en principe aux résections étendues, parce qu'elles laissent le nerf périphériquement accessible à des interventions ultérieures ;

5° Pour la même raison, il n'est pas nécessaire que le trauma porte sur le tronc nerveux ; il suffit, pour obtenir la réaction dans le ganglion et l'effet utile sur la douleur, qu'il soit exercé sur les terminaisons les plus périphériques du nerf ;

6° Il n'est pas même nécessaire que le trauma soit exercé dans le domaine du nerf qui est le siège de la douleur ; il suffira souvent qu'il soit exercé dans le domaine d'un autre nerf, pourvu que celui-ci tire son origine du même ganglion, ou même dans le domaine autrefois innervé par le nerf malade et ayant perdu ses connexions avec lui à la suite d'une précédente opération ;

7° Ces dernières notions, qui dérivent de mes observations cliniques, dit l'auteur, auront l'avantage d'accroître considérablement les ressources de la chirurgie dans les névralgies rebelles et à récurrences fatales, en permettant de multiplier presque à l'infini les opérations périphériques et même de refaire, une série de fois, le simulacre, en quelque sorte, d'une précédente opération, de manière à rendre exceptionnelle l'indication de l'enlèvement du ganglion, opération qui restera toujours délicate et dangereuse.

PAUL MASOIN.

375) **La Maladie de Friedreich et son Traitement**, par RAUZIER. *Nouveau Montpellier médical*, t. VII, n° 37, 11 septembre 1898.

Après avoir passé très rapidement en revue le tableau clinique de la maladie de Friedreich, l'auteur aborde le chapitre traitement pour répondre au titre de l'article probablement, car il nous prévient de suite que « tout traitement est inutile ».

L'indication théorique consiste à fortifier le système nerveux et à favoriser son fonctionnement et sa nutrition. La maladie étant installée, on a recours au traitement interne et externe. Dans la médication interne figurent le nitrate

d'argent, le chlorure d'or, l'iodure de sodium, l'arsenic. Le traitement externe fait appel à l'hydrothérapie, à la suspension, à la gymnastique méthodique, à l'électricité, etc.

A. HALIPRÉ.

376) **De la Ponction Lomulaire; les dangers qu'elle peut présenter dans les Affections organiques des Centres nerveux**, par E. MARTIN. *Lyon médical*, 30^e année, n^o 41, p. 162, 9 octobre 1898.

Conclusions :

1^o La ponction lomulaire peut être contre-indiquée comme dangereuse dans les affections organiques de la moelle et du cerveau.

2^o Dans la plupart des cas (méningite, chlorose grave) elle peut être pratiquée sans inconvénient comme moyen de diagnostic.

3^o Comme moyen thérapeutique, si son efficacité est contestée, elle ouvre néanmoins une voie inexplorée en permettant les injections sous-arachnoïdiennes.

A. HALIPRÉ.

377) **Du Traitement chirurgical et orthopédique de la Maladie de Little**, par R. REDARD et PAUL BESANÇON. Communication au Congrès de chirurgie, 11 octobre 1898.

Le traitement de la maladie de Little varie suivant « la période, la forme et la gravité de l'affection spasmodique ». Au début les moyens thérapeutiques les plus actifs sont le massage, les manipulations, la gymnastique. Par le massage on agit sur la contracture, les rétractions fibro-tendineuses et les épaisissements périarticulaires. Contre la contracture des adducteurs, les auteurs emploient des exercices d'écartement des cuisses, en maintenant celles-ci à l'aide d'une planchette : ces exercices permettent de fortifier les muscles antagonistes, de calmer l'excitabilité spasmodique des muscles. La suspension verticale a donné de bons résultats. L'électricité sous quelque forme que ce soit doit être employée avec de grands ménagements. Le traitement mécanique donne peu de résultats. Le traitement chirurgical consistera en redressement manuel, en ténotomies et myotomies à ciel ouvert, bien supérieures aux mêmes opérations pratiquées sans excision de la peau, parce qu'elles permettent la section des parties profondes s'opposant au redressement; après l'opération, les membres seront maintenus par un appareil plâtré, puis par un appareil orthopédique. Sur 30 cas où ces règles générales ont été suivies, dans 10 cas les résultats sont parfaits, dans 15 cas la marche est possible sans grande difficulté, sauf 5 cas, l'amélioration a été peu sensible : mais il s'agissait de sujets dont l'état général laissait à désirer.

PAUL SAINTON.

378) **Le Traitement du Mal de Pott**, par DUCROQUET. *Thèse de Paris*, 1898 (39 obs., 13 fig.). Chez Carré et Naud.

Ce travail est l'exposé complet et méthodique du traitement du mal de Pott par la réduction ; en voici les principales conclusions :

Si l'on consulte les nombreux travaux publiés depuis deux ans sur la question, il est un fait que l'on peut affirmer, c'est qu'il est possible d'enrayer dans la plupart des cas l'évolution de la gibbosité. Un appareil plâtré bien appliqué, avec réduction sous le chloroforme, permet d'arriver à ce résultat : la mortalité actuelle dans cette intervention est de 5 à 7 p. 100 ; souvent encore est-elle imputable à une insuffisance de technique. Une fois le redressement obtenu, la partie la plus importante du traitement est de savoir maintenir la réduction ;

pour cela il faut que l'appareil soit fait en plâtre et sans interposition d'ouate entre le corps de l'enfant et le corset appliqué. Pour être bon, cet appareil doit fixer, maintenir la position donnée au rachis : il ne doit en aucun cas être un appareil de force. L'avantage du corset est d'immobiliser parfaitement le rachis et par suite de permettre aux enfants de marcher, sans courir le risque de voir la gibbosité reparaitre ; ceux-ci peuvent profiter de l'exercice, du grand air et améliorer ainsi leur état général, ce qui est un adjuvant pour la cure de la lésion rachidienne elle-même. Les contre-indications au redressement sont les abcès et les fistules ; l'indication formelle est fournie par la présence de la paralysie. Dans certains cas, le redressement est impossible, cela tient à une ankylose du rachis postérieur le plus souvent.

Quels sont les résultats du traitement et quel est le mécanisme de la guérison ? La consolidation se fait par soudure des arcs postérieurs du rachis au niveau des vertèbres cariées : elle se fait d'autant mieux que le mal de Pott est plus inférieur, et l'on peut dire que la question n'est pas jugée pour les tuberculoses rachidiennes cervicales et cervico-dorsales. Pour obtenir la consolidation, il est nécessaire dans certains cas de pratiquer l'avivement des lames et la ligature apophysaire recommandée par Chipault. La durée du traitement par l'appareil plâtré est d'au moins deux ans. Il existe un grand nombre d'enfants, soumis à ce traitement, capables de marcher sans soutien et de vivre dans leur famille au lieu d'être hospitalisés.

PAUL SAINTON.

379) Résultats éloignés de la Craniectomie dans l'Idiotie Microcéphalique, par BLANC (de St-Etienne). *La Loire médicale*, 17^e année, n° 12, p. 322, 15 décembre 1898.

L'auteur publie les résultats éloignés de 7 opérations. En 1893, il publia les résultats encourageants obtenus dans trois cas. Malheureusement l'amélioration immédiate, qui était des plus nettes, n'a pas progressé ; après une période stationnaire on a constaté le retour à l'état primitif. Si la craniectomie reste une opération simple, facile, innocente, les résultats n'en restent pas moins hypothétiques.

L'explication de l'insuccès serait dans ce fait que la microcéphalie ne dépend pas d'une suture prématurée des os du crâne, mais d'un vice de développement primitif du cerveau. Cet arrêt de développement d'après Cunningham (de Dublin) daterait du quatrième mois de la vie intra-utérine. Dès lors on conçoit que cette microcéphalie primitive, la plus fréquente, ne soit justiciable d'aucune opération. Les cas rares de microcéphalie post-embryonnaire et tardive pourraient seuls en bénéficier.

A. HALIPRÉ

380) Contribution à l'étude clinique et thérapeutique de l'Hypnal, par BLAINVILLE. *Thèse de Paris*, 1898, 56 p. Chez Steinheil.

Dans tous les cas d'insomnie douloureuse, l'hypnal se montre efficace : son action sur le tube digestif est nulle, son absence de saveur en rend l'administration facile ; à doses élevées, sa puissance active est supérieure à celle du chloral. On trouvera dans ce travail des observations d'insomnie nerveuse, de névralgies diverses, de tics douloureux dans lesquels cet hypnotique a donné de bons résultats. L'étude clinique du médicament y est faite avec grands détails.

PAUL SAINTON.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

14 décembre 1898.

381) **Sur les Abscès Cérébelleux**, par GUINARD.

G., à propos de deux faits personnels, fait remarquer que si le diagnostic d'abcès intra-cérébelleux est bien établi, le volet postérieur de Picqué et Mauclair est l'idéal. Mais, dans la majorité des cas, le diagnostic précis est impossible; alors la voie transmastoiïdienne totale répond au plus grand nombre des suppurations d'origine otique, même quand ces suppurations siègent dans le cervelet, puisque les abcès cérébelleux siègent le plus souvent en avant et en dehors.

POIRIER. — La formule anatomique des rapports profonds de l'apophyse mastoïde est la suivante : le tiers antérieur répond à l'antre, aux plus grosses cellules mastoïdiennes, le tiers moyen répond aux sinus, le tiers postérieur au cervelet. C'est sur la partie la plus postérieure (bord postérieur) qu'il faut trépaner ; on trouve alors toujours et directement le cervelet, que l'on récline un peu en arrière, afin d'examiner la face en rapport avec l'oreille, siège ordinaire des suppurations.

BROCA. — D'après Picqué et Mauclair : quand on soupçonne une suppuration intra-crânienne de la loge cérébelleuse, comme le diagnostic exact du siège de la collection est impossible, il convient d'explorer largement toute la loge après avoir rabattu en dedans, sous un lambeau ostéoplastique, la moitié inférieure de l'écaille occipitale.

B. n'est pas de cet avis. Étant donnée une otite chronique avec accidents cérébraux ou cérébelleux, il évite d'abord l'apophyse et la caisse. L'anatomie pathologique des collections intra-crâniennes de la fosse cérébelleuse montre d'abord que, la plupart du temps, les poches extra-durales sont au contact direct d'un foyer d'ostéite ; que souvent elles sont associées à la phlébite du sinus ; que la plupart du temps l'une de ces lésions, ou les deux à la fois, accompagnent les abcès cérébelleux proprement dits, intra-duraux.

De là résulte que, dans la majorité des cas, le chirurgien sera conduit par l'évidement osseux bien complet jusqu'à la poche purulente intra-crânienne, révélée ou non par des symptômes spéciaux préalablement connus ; après avoir drainé la face externe de la dure-mère, il n'incisera de parti pris cette membrane, séance tenante, que s'il a un diagnostic établi sur des symptômes cérébelleux probants.

Dans d'autres cas, les symptômes révèlent une lésion cérébelleuse ; mais, après évidement pétro-mastoïdien, en aucun point la curette ne mord dans l'os friable jusqu'à pénétrer, d'elle-même pour ainsi dire, dans l'intérieur du crâne. Alors on peut facilement, par l'effondrement de la paroi du sinus latéral, entrer dans la fosse cérébelleuse, tout comme par l'effondrement de la paroi supérieure de la caisse on explore la fosse cérébrale. Cela fait, on agrandit à volonté à la pince-gouge, vers l'écaille de l'occipital, en arrière, aussi bien que plus haut, vers l'écaille du temporal.

En somme, partant des lésions connues, celles de l'oreille, on est par la voie mastoïdienne à la portée de toutes les explorations utiles, sauf pour les très exceptionnels abcès cérébelleux postéro-internes indépendants de toute continuité

avec la lésion osseuse et pour les non moins exceptionnels abcès cérébraux, du lobe frontal, par exemple.

E. F.

BIBLIOGRAPHIE

- 382) **Névroses et Idées Fixes**, par le professeur F. RAYMOND et le Dr PIERRE JANET. Travaux du laboratoire de psychologie de la clinique à la Salpêtrière, 2^e série. F. Alcan, 1 vol. gr. in-8°, 560 p., 97 fig., 1898.

Le second volume de ces recherches de psychologie clinique continue et complète le premier qui a déjà été publié il y a peu de temps par Pierre Janet. Ces études ont été cependant conduites d'une manière un peu différente. Au lieu de porter presque exclusivement sur un petit nombre de sujets analysés avec le plus de soin possible, elles ont été plus dispersées sur un grand nombre de malades, de manière à rechercher si une enquête plus générale vérifierait les résultats des analyses précédentes. La consultation du mardi à la Salpêtrière fournissait les conditions les plus favorables à l'application de cette méthode dispersée. Parmi les malades de la consultation, ceux qui semblaient présenter quelque intérêt au sujet de la psychologie pathologique étaient envoyés au laboratoire de psychologie installé dans le service de M. le professeur Raymond. Là ces malades étaient examinés et étudiés d'une manière plus ou moins complète suivant le temps dont on pouvait disposer et ils étaient présentés le mardi suivant à la leçon clinique. Ce sont ces observations et ces études du laboratoire de psychologie, faites rapidement sur les sujets de la consultation et exposées sous forme de leçons cliniques qui ont été réunies dans ce volume.

Dans la première partie sont réunis les troubles plus précisément psychiques qui se manifestent surtout par le langage et les actions des malades. Parmi ces observations il faut signaler surtout des variétés de confusion mentale chez les hystériques; des formes périodiques de la confusion; une série d'études sur les différentes formes de l'aboulie; deux cas remarquables de délire anesthésique avec perte du sentiment de la personnalité; des formes variées des névroses d'angoisse décrites sous le nom de délire émotif; une série d'études sur quelques cas d'obsessions et d'impulsions chez des hystériques et chez des psychasthéniques, qui permettent d'examiner divers problèmes soulevés par ces délires si variés; un chapitre sur les différentes formes du soleil pathologique; des études sur les attaques, les somnambulismes et surtout sur les fugues dont les auteurs ont pu recueillir quelques cas remarquables.

La seconde partie réunit les affections qui ont quelques symptômes objectifs, somatiques; des troubles de la sensibilité et du mouvement qui se manifestent avec plus de précision à l'extérieur quoiqu'ils paraissent dépendre, comme les premiers, de troubles fonctionnels du cerveau, de troubles psychologiques. Le premier chapitre étudie les troubles de la sensibilité et surtout les dysesthésies; le second traite des diverses variétés de tremblement et de chorée. Un cas de tremblement de la main droite en rapport avec l'habitude de l'écriture automatique chez un médium spirite et un cas de chorée saltatoire sont particulièrement curieux. Les chapitres suivants réunissent les observations de tics, des formes curieuses de paralysie et de contractures. Des études intéressantes sont consacrées à des troubles de langage chez les névropathes, à des formes d'aphasie motrices et sensorielles qui font penser aux phénomènes hystériques, aux spasmes

viscéraux, à des troubles vaso-moteurs et trophiques. Ces observations, au nombre de 152 choisies parmi les plus intéressantes donnent une idée du nombre et du de 152, choisies parmi les plus intéressantes, donnent une idée du nombre et de la variété des troubles psychologiques que l'on peut observer au cours des différentes maladies nerveuses. R.

383) **L'Intermédiaire des Neurologistes et des Aliénistes**, organe international trilingue de neurologie, psychiatrie, psychophysiologie, dirigé par P. SOLLIER, publication périodique paraissant le 10 de chaque mois. F. Alcan, édit. à Paris.

Cette nouvelle publication a pour but de relier entre eux les neurologistes et les aliénistes de tous pays, en leur permettant d'échanger à distance des idées et des renseignements sur les questions de leur compétence.

Dans ce but, l'*Intermédiaire des Neurologistes et des Aliénistes* a adopté le système des questions et des réponses. Il accepte toutes celles qui lui sont adressées. Les questions sont, sauf exception, anonymes. Les réponses sont signées. Le journal est rédigé en trois langues : français, anglais, allemand.

Il publie de courts articles sur les découvertes importantes, les instruments et les méthodes nouvellement signalés. Il fait connaître les *sommaires* des principaux périodiques concernant la neurologie, la psychiatrie, et la psycho-physiologie, ainsi que les nouvelles intéressant ceux qui s'occupent de ces branches spéciales de la médecine.

A côté de l'intérêt qu'on prend à se renseigner, le plaisir qu'on éprouve à donner son opinion personnelle sur une question qui intéresse et le désir qu'on doit avoir d'être en même temps utile aux autres travailleurs, sont des mobiles suffisants pour assurer la vitalité d'un organe où chacun peut s'adresser à tous et où tous peuvent se rendre utiles à chacun. R.

384) **Compte rendu annuel des travaux concernant la Neurologie et la Psychiatrie** (Jahresbericht über die Leistungen und Fortschritte auf dem Gebiete der Neurologie und Psychiatrie), publié par E. FLATAU et L. JACOBSON, rédigé par le professeur E. MENDEL (de Berlin). 1^{re} année. Compte rendu pour l'année 1897, un volume de 1508 pages. Berlin, 1898. S. Karger, éditeur.

Le nombre des travaux publiés dans le domaine de la neurologie et de la psychiatrie, va croissant chaque année. Il n'existe pas moins de 40 à 50 publications périodiques spécialement destinées à ces branches de la médecine, et dans les différents journaux médicaux on constate qu'il existe environ 3,500 travaux publiés par année.

Pour faciliter aux travailleurs les recherches de neurologie et de psychiatrie, il était nécessaire de grouper ces différents travaux épars.

Tel est le but que se propose le nouveau *Jahresbericht für Neurologie und Psychiatrie*, publié par E. Flatau et Jacobsohn, et rédigé par le professeur E. Mendel.

Ce volumineux recueil sera d'un précieux usage pour les neurologistes et les aliénistes. Ils y trouveront, classées et analysées avec soin, toutes les recherches, études, communications publiées dans le cours de l'année. S'ils désirent se reporter aux articles originaux, les indications bibliographiques placées en tête de chaque chapitre leur rendront la tâche très facile.

C'est en somme, sous une forme différente, une sorte de réédition du *Neurologisches Centralblatt*, notablement augmenté.

Celui-ci, en effet, fait connaître dans des publications bi-mensuelles les travaux de neurologie au fur et à mesure qu'ils paraissent. Le *Jahresbericht für Neurologie*

und *Psychiatrie* classe tous ces travaux par ordre de matières et permet de passer en revue rapidement tout ce qui s'est publié pendant une année sur un sujet.
R.

385) **Les Traitements actuels du Tabes**, par JEAN LECLERC. 1899, 1 vol. in-8, 216 pages et 135 figures. Baillière, édit.

Passant en revue les principaux moyens thérapeutiques encore en usage contre le tabes, l'auteur montre l'erreur qui consiste à traiter le tabes et non les tabétiques. Le tabétique peut aujourd'hui être soulagé, guéri même dans certains cas. Grâce aux méthodes symptomatiques actuelles, on peut lui rendre une vie supportable, qui lui permette, dans la majorité des cas, l'accomplissement de ses travaux. Parmi les méthodes employées, la rééducation lutte victorieusement contre l'ataxie. A ce propos, l'auteur émet une théorie de l'incoordination et donne une nouvelle explication du mode d'action de la méthode de rééducation.

L'auteur, étudiant ensuite les méthodes de traitement qui cherchent à obtenir un allongement de la moelle et des racines, donne la description des modifications qu'il a apportées à l'appareil de MM. Gilles de la Tourette et Chipault.

Outre les vues personnelles qui se trouvent dans ce travail, la présence de nombreux schémas, indiquant avec précision la topographie des troubles de la sensibilité et la manière dont ceux-ci se modifient chez les tabétiques, fait de ce travail un document utile pour l'histoire des troubles de la sensibilité dans le tabes.

INFORMATION

X^e CONGRÈS DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES

Le X^e Congrès annuel des Médecins Aliénistes et Neurologistes français, s'ouvrira à Marseille, le Mardi 4 avril 1899, sous la présidence de M. le Dr DOUTREBENTE, Médecin en chef, Directeur de l'Asile de Blois.

Le programme comprendra :

1^o Questions mises à l'ordre du jour :

Pathologie mentale. — *Délires systématisés secondaires.* Rapporteur, le Dr ANGLADE, Médecin-adjoint de l'Asile de Braqueville ;

Pathologie nerveuse. — *Psychoses polynévritiques.* Rapporteur, Dr DUTIL, villa Verdier, Nice ;

Médecine légale. — *Aliénés méconnus et condamnés.* Rapporteur, Dr TATY, à la Tour de Salvagny (Rhône) ;

2^o Lectures, présentations, travaux divers ;

3^o Visite de l'Asile d'aliénés de Marseille ;

4^o Assemblée Générale de l'Union des Aliénistes français ;

5^o Excursions ;

6^o Impression et distribution des travaux du Congrès.

Adresser, dès maintenant, les adhésions, les cotisations (20 fr.) et toutes communications, au Secrétaire général du Congrès, M. le Dr BOUBILA, Médecin en chef de l'Asile d'aliénés de Marseille.

Le Gérant : P. BOUCHEZ.

asser
ujet.

in-8,

sage
non
dans
endre
isse-
vic-
coor-
de de

tenir
tions
t.
ce de
de la
de ce
ns le

S
vrira
ENTE,

LADE,

Ver-

Tour

com-
n en